Universidad Autónoma de Tlaxcala

La Terapia Familiar en México

HOY

María de Jesús Albuerne Fentanes / UAT
Esther E. Althaus / ILEF
Flora Aurón / ILEF
Marcela Blum Ortíz / CRISOL
Luz de Lourdes Eguiluz Romo / UAT UNAM
Emma Espejel Aco / UAT / IFAC
Rosemary Eustace Jenkins / AMTF
Jaqueline Fortes de Leff / IFAC
Luz María Rocha Jiménez / UAT / UNAM
Mario Bejos / CRISOL
Raymundo Macías Avilés / IFAC
Sergio Gorjón Cano / CRISOL
Jorge Pérez Alarcón / AMTF
Víctor Ruiz Velasco / UAT / CRISOL
Javier Vicencio Guzmán / UAT

Margarita Centeno García
Patricia Barrientos Mendoza
Dora Juárez Ortíz
Raúl Jiménez Guillén
Coordinadores

dfn
DE

La Terapia Familiar en México. Hoy

Raúl Jiménez Guillén
Patricia Barrientos Mendoza
Dora Juárez Ortíz
Margarita Centeno García
(Compiladores)

Universidad Autónoma de Tlaxcala
Departamento de Educación Especializada
Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.

Tlaxcala, Tlax., marzo de 2000

Universidad Autónoma de Tlaxcala

Héctor I. Ortiz Ortiz
Rector

Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C.

Jorge Pérez Alarcón
Presidente

Primera edición: 2000

Av. Universidad No. 1
Tlaxcala, Tlax., C.P. 90 000
ISBN: 968-865-051-X

Impreso y hecho en México.

Indice

Presentación

Al revisar los programas académicos de la Maestría en Terapia Familiar que se imparte en la Universidad Autónoma de Tlaxcala, observamos que en las antologías se registran pocos textos —casi ninguno— que reflejen la riqueza teórica, metodológica y operativa del quehacer de los terapeutas familiares en México, lo que nos condujo a proponerle a los maestros —Ema, Luz de Lourdes, Luz María, María de Jesús y Javier— la realización de una mesa redonda con el título "La Terapia Familiar en México. Hoy". La idea fue aceptada y se amplió con la sugerencia de invitar a la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTFAC), con tan buena suerte que Jorge apoyó la idea. Elaboramos una relación de terapeutas familiares y acordamos invitar a cinco de cada uno de los institutos: de la Familia (IFAC), Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), de Estudios Psicosociales (CRISOL) y el mismo número de las dos instituciones promotoras.

En la invitación señalamos que deberían entregar un trabajo por escrito, los que reunidos con la transcripción de la discusión en las mesas redondas serían base para editar el libro que hoy tienen en sus manos. El texto se estructura en tres partes, la primera se refiere a la reflexión sobre la teoría, la segunda incide en el pensamiento sobre la investigación y la tercera hace énfasis en la formación profesional, particularmente en la supervisión.

I

En la primera parte se inscriben cuatro trabajos, entre ellos Althaus se refiere a la relación que se observa entre el psicoanálisis y la terapia familiar sistémica, y enfoca su trabajo en el análisis de los "conceptos puente" que "han servido para vincular los eventos que ocurren "en" el individuo (intrapsíquicos) con los que tienen lugar "entre" individuos (interpersonales)".

Fortes sintetiza de manera clara la finalidad del encuentro al anotar que "en este momento histórico, (...) parece interesante y necesario abrir una reflexión sobre las narraciones que de sí mismos tienen los individuos al interior de la familia y del sistema terapéutico. Ahondar en la relación del individuo con los otros significativos, en las definiciones de identidades que se van desarrollando, a través de las conversaciones con los otros incluidos en el nosotros".

Vicencio por su parte recuerda que "la familia como sistema tiene una doble significación: la de una unidad que sigue los mismos patrones que la naturaleza y de la vida, ese fluir sin sentido que sigue ciertas pautas y la de una unidad formada por interacciones que, en su juego, le otorgan su identidad. En la primera, la familia es una organización tan viva como un organismo, en mediación con un contexto más amplio, a la vez social, ecológico y místico. En la segunda, la familia es una máquina no trivial y cibernética".

Pérez concreta al sugerir que "el trabajo con adolescentes puede ofrecer una excelente posibilidad de integración a través del concepto de self. Este puede entenderse como la integración y representación de la experiencia de uno mismo, y de uno mismo y el mundo con el que interactúa".

Lo individual y lo colectivo, la diversidad y la diferencia, lo interno y lo externo, la construcción, el constructivismo y el construccionismo, el yo y los otros, la terapia sistémica individual y familiar, son algunos de los ejes sobre el que estos autores dejan fluir su pensamiento, que como señala Althaus "la terapia (familiar) debe cumplir esa función integradora y debe cumplirla desde

la profunda comprensión de que el (ser humano) es a la vez producto y productor de sí mismo y de los otros significados".

II

En la segunda parte se inscriben cinco trabajos que plantean interrogantes sobre la dificultad para hacer investigación y enriquecer los cuerpos teóricos a partir de la realidad mexicana. Lo cuantitativo y lo cualitativo, lo objetivo y subjetivo, la realidad y la construcción, el sujeto y el objeto son algunos de los ejes que buscan "saltar" a la discusión. De entrada Eguiluz interroga y se interroga "¿Cuáles son lo supuestos de los cuales partimos para accesar a la realidad?, ¿cómo conocemos?, ¿qué es un cambio y cómo se determina?, ¿cuáles son los criterios que definen el conocimiento válido o verdadero? De forma sintética encontramos una de tantas respuestas (¿propuestas?) "La investigación en vez de ser el develamiento de una verdad preexistente, se transforma en un proceso creativo, en una construcción viva".

Por otra parte Rocha plantea que resulta "paradójico descubrir que el área de terapia familiar se haya iniciado en la investigación a través de la observación de casos únicos y que haya tenido un gran desarrollo en términos de modelos y técnicas de tratamiento, y actualmente se encuentre cuestionada por el uso de métodos similares a los usados en sus trabajos pioneros".

Desde una perspectiva pragmática, Bejos muestra "como los valores psicosociales de la cultura tóxica alientan la ingesta cotidiana de(l)... alcohol" y lo que esto representa para la actuación de la terapia familiar en México. Gorjon describe "dos de los mecanismos defensivos mayormente utilizados por los pacientes borderline y cuya expresión es más fácilmente identificable en el contexto familiar": la escisión y la identificación proyectiva.

Finalmente Ruiz y Blum proponen "explorar la posibilidad de acercar(se) a la investigación cualitativa, y ... acercar(se) de nuevo a la investigación cuantitativa ya que la práctica clínica es básicamente una serie de encuentros con pacientes cuyas historias

clínicas, historias de enfermedad, historias de vida son maneras repetidas de realizarlas".

Los trabajos conducen, de manera natural, a la pregunta central que hace Eguiluz ¿Porqué se cometen errores epistemológicos tan graves al emplear viejas técnicas de investigación para los nuevos paradigmas?

III

La tercera parte se refiere a la formación académico-profesional de terapeutas familiares, aunque se hace énfasis en la parte de la supervisión. Este último apartado constituye un importante esfuerzo de reflexión sobre el quehacer terapéutico para comprender el proceso de convertirse en terapeuta familiar. El contraste se enriquece al revisar los modelos desarrollados por el Instituto de la Familia (IFAC), el Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF) y la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Albuerne anota que "la problemática en torno al entrenamiento en psicoterapia familiar y la escasez de investigaciones publicadas nos sitúa frente a una realidad: se ha escrito mucho sobre psicoterapia relacional sistémica, pero existen pocas investigaciones cuantitativas y cualitativas, así como también pocos modelos de formación y adiestramiento en la práctica clínica", mientras que Aurón interroga "¿Cuántos planos existen y cuantas voces son las que hablan al unísono en un acto de supervisión?" y comparte "La noción de complejidad, de articulación y engranaje de las distintas áreas del sistema terapéutico nos remite a que, como la sinfonía, la supervisión es un acto polifónico".

Espejel, centra su atención en el proceso al referir que "Los hechos, el contexto y los mensajes recibidos, proporcionan los elementos externos y activan los elementos internos; de esa manera se adquieren los conocimientos en terapia familiar, pasando de una concepción a otra más pertinente en relación con la situación", mientras Jenkins conversa larga y bellamente, compartiendo "dos facetas de la conversación terapéutica que se llevan a cabo delante

y detrás del espejo, a saber: la supervisión y la co-terapia; dos facetas que se generan mutuamente y que crean la multiplicidad de voces con las que conversamos sin cesar".

Finalmente Macías, Espejel y Avilés, relatan el origen y desarrollo de la formación en terapia familiar en México y la participación del Instituto de la Familia (IFAC) lo que les ha permitido construir una identidad propia que posibilita "continuar desarrollando (el) modelo dinámico-sistémico-integrativo tendiente, cada vez mas, hacia una concepción holística, puesto que también esta(n) incluyendo la dimensión espiritual"

IV

Agradecemos la participación de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTFAC), del Instituto de la Familia (IFAC), del Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF) y del Centro de Investigaciones Psicosociales (CRISOL), su apoyo a este proyecto. A Ema Espejel, Javier Vicencio y Jorge Pérez, su compañía en esta experiencia.

Raúl Jiménez Guillén
Tlaxcala, Tlax., septiembre 1999

Teoría

El individuo en la familia y la familia en el individuo

*Esther E. Althaus**

Ya ha sido largamente superada la postura sostenida durante la primera época de la Terapia Familiar, de poner énfasis en efectuar una observación exclusivamente sistémica basada en las interacciones, dejando de lado la consideración de los aspectos intrapersonales de los individuos. Esta posición tuvo su razón de ser en los momentos de surgimiento y diferenciación del movimiento familiar sistémico, pero justamente su rápido crecimiento y maduración llevó a la necesidad, haciendo honor al concepto mismo de "sistema", de dar al "individuo" su lugar como parte constitutiva de la totalidad.

Esto ya no se discute. Muchos han sido los aportes realizados en el sentido de la integración y fundamentados no desde un eclecticismo superficial, sino desde una evolución hacia la complejidad, que ya no se puede detener. Cuando un nuevo paradigma modifica la visión de mundo que sustentaba el paradigma anterior, el cambio es inevitable.

Esta corriente integracionista ha corrido tanto en el sentido de la incorporación de conocimientos sobre el individuo al cuerpo teórico-práctico de la Terapia Familiar (Wachtel y Wachtel, 1986, Scharff, 1987, Nichols, 1987, Breunlin, y col. 1992) como en el sentido de incluir la lectura sistémica y del contexto en las más rigurosas conceptualizaciones del psicoanálisis actual (Benjamin, J. 1988, 1995).

* Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia A.C. (ILEF).

Haciendo un poco de historia

Es interesante comprender las múltiples razones por las que los pioneros de la terapia familiar sistémica dejaron de lado las teorías de la personalidad y trataron de construir modelos del funcionamiento humano sin base intrapsíquica.

La razón más frecuentemente citada es que agregar la complicación de la dinámica intrapsíquica a los ya complejos fenómenos de la interacción familiar generaría confusión de niveles, y no es útil ya que se trata de dos concepciones distintas, que parten de paradigmas diferentes y no compatibles.

Como dicen Breunlin, D.; Schwartz, R. y Mc Kune-Karrer, B. (1992):

> Es cierto que mientras que los pioneros de la terapia familiar estaban luchando por desarrollar mapas del totalmente nuevo territorio de los procesos familiares, necesitaban focalizarse sobre las interacciones "externas" exclusivamente, y no podían ser desviados o confundidos por los esfuerzos de incorporar la dinámica interna de cada miembro de la familia a sus formulaciones. Más aún, muchos de estos pioneros se habían interesado en las familias principalmente por lo que consideraban como un fracaso de los modelos existentes de los procesos intrapsíquicos para producir un abordaje efectivo a la terapia. Buscaban la creación de un nuevo abordaje, más optimista y más práctico. Consecuentemente, tenían poca paciencia con los lentos y pesimistas modelos derivados del psicoanálisis, a los que identificaban como lineales y basados en el modelo médico.
>
> Parece que, para diferenciarse del establishment de la terapia individual, del cual muchos de ellos procedían, estos pioneros de la terapia familiar se volvieron rígidos en mantener el foco en lo externo, y se justificaron por hacerlo así, porque habían descubierto el poder del contexto, y creían que el cambio de la familia de una persona, sería suficiente para cambiar su vida interna.

Sin embargo, también desde los comienzos, algunos autores mantuvieron su mira epistemológica en la dualidad inseparable individuo-familia, como por ej., Bowen (1979) y su concepto de diferenciación del individuo en el seno de la familia.

Quien más claramente ha expresado esta posición es Andolfi:

> ... Aunque la familia es la unidad de observación que sirve de sustento a nuestras indagaciones, el principal interés que nos mueve es investigar al individuo y la complejidad de su conducta por medio de la comprensión de su desarrollo en el seno de aquella. La posición de la familia como punto de encuentro entre *necesidades individuales e instancias sociales*, justamente, es lo que nos ha llevado a integrar diversas modalidades de interpretación del comportamiento humano. En este sentido, por un lado decidimos observar la familia como un *sistema relacional* que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí, para lo cual le aplicamos las formulaciones de los principios válidos para los sistemas abiertos en general. Por otro lado, situamos en el centro de la investigación de la familia al *individuo y su proceso de diferenciación*, según lo propusieron Bowen (1979), Whitaker y Malone, (1953), y Searles, (1974). Todo lo contrario de ahondar el foso entre lo individual y lo relacional, exagerado por muchos de los que se dedican a las disciplinas atinentes a la familia, utilizamos el método relacional con el propósito de obtener una mejor comprensión del hombre y su ciclo evolutivo.

Planteado este breve esbozo histórico, pasaré a considerar qué conceptos han sido útiles y han enriquecido recíprocamente los campos artificialmente separados.

Conceptos psicodinámicos incorporados a la terapia familiar

Ante todo, por qué la elección del enfoque psicodinámico. Desde mi punto de vista, el psicoanálisis ha aportado elementos que cambiaron la concepción del hombre y su funcionamiento mental, básicamente el concepto del Inconsciente, concepto que por su trascendencia, y una vez incorporado al cuerpo epistemológico del observador, ya no puede ser negado.

Ahora bien, estos aportes están formulados desde el marco conceptual de una teoría que se inscribe dentro del paradigma positivista, es ejemplo de causalidad lineal, y responde a la postura médica de poner énfasis en la patología y en generar clasificaciones nosológicas.

El enfoque sistémico en cambio, adhiere a un paradigma holístico-ecológico, basado en la causalidad circular, y concibe las perturbaciones que se presentan en las personas o en las familias como el resultado de complejos juegos de factores que se combinan e interpenetran.

El desafío es integrarlos, respetando la especificidad de ambos enfoques, pero generando un nuevo campo teórico donde individuo, self, familia, contexto, constituyan las partes de un circuito recursivo que se realimente complementariamente. Analizar las variables por separado es perder de vista el circuito total.

Esbozaré un breve esquema de lo que considero "conceptos puente" entre Psicoanálisis y T.F.S. y que he encontrado útiles tanto en mi práctica clínica como en la enseñanza de estas disciplinas.

Los mismos sirven para vincular los eventos que ocurren "en" el individuo (intrapsíquicos) con los que tienen lugar "entre" individuos (interpersonales).

1) Lineas de desarrollo individual/ Ciclo vital de la familia.

Todos los autores que han contribuido a la construcción del modelo psicodinámico han partido de definir etapas del desarrollo individual, más o menos coincidentes o con especificidades propias, pero que se centran en el sujeto aislado. Freud, Klein, Winicott, Mahler, y no tan del lado del psicoanálisis, Spitz, Piaget, Erikson, han trazado mapas de ese desarrollo.

Por muy sofisticados que sean estos modelos, recortan artificialmente y deshumanizan al hombre al aislarlo del medio/ familia sin el cual no puede tener lugar su crecimiento. Por otro lado, quienes han trabajado sobre ciclo vital familiar (Haley, Carter y Mc. Goldrick, Falicov, Estrada) ven la totalidad sin detenerse en la parte, en este caso, el individuo.

Se hace clara la necesidad de la integración de ambos planos.

Este "puenteo" lo aportan los conceptos de *coindividuación/ coevolución*, pues resaltan la circularidad de ambos procesos, y además lo contextúan, al introducir la relación con la sociedad y la cultura.

Se genera así un circuito de complementariedad donde individuo-familia-sociedad se influyen mutuamente, y de ese interjuego resulta un cuadro cambiante, dinámico y más rico que pensar en rígidas etapas marcadas por la biología a los instintos.

Celia Falicov, (1980) señala particularmente este movimiento a dos vías que está teniendo lugar tanto en las tendencias actuales de la terapia familiar, como en los más puros enfoques de psicología evolutiva.

Ampliando el tema de "coevolución conexa", Stierlin, (1994) plantea:

> ... El concepto de "evolución conexa" pretende señalar unos procesos que posibilitan y exigen tanto la individualización y la separación, como nuevas formas y niveles de conexión. La dialéctica relacional que se expresa de esta manera, comienza y se despliega en la relación entre la madre (o su representante) y el niño o niña pequeño/a, incluye luego en medida creciente a otros miembros de la familia, y finalmente también a personas externas, como compañeros de la misma edad, maestros, parejas del otro o del mismo sexo, etc. En este proceso, los participantes en las relaciones siempre introducen sus respectivas contribuciones.
>
> Hasta donde se trata de relaciones familiares, también he hablado de la coindividuación y coevolución, necesarias en cada caso, dentro del ámbito familiar.

Con respecto al tema de la diferenciación, Stierlin habla de "individuación con" (los padres) cuando los elementos que va incorporando el individuo en desarrollo (valores, habilidades, información) no contradicen los talentos e inclinaciones del mismo, y por lo tanto el proceso se cumple fluida y desapercibidamente. Da como ejemplo, la adquisición del habla.

"Individuación contra" es cuando lo aportado por los padres o maestros es resistido por el sujeto y genera un conflicto. Ambos aspectos son parte del proceso normal de individuación, necesarios tanto el uno como el otro. Es tan importante poder crecer con viento a favor, como saber nadar contra la corriente. Sin embargo, ambas

posiciones llevadas al extremo, pueden ocasionar perturbaciones en el proceso de individuación.

A propósito de individuación, es necesario referirnos al papel que juegan los legados transgeneracionales en la constitución del sujeto. Mandatos, lealtades, encargos, son mensajes no explicitados que pasan a formar parte del "ser" del individuo, sin que éste sepa por qué "es" como es.

Laing plantea al respecto que cada generación proyecta en la siguiente:

A) Elementos que fueron proyectados en ella por generaciones anteriores.

B) Elementos inducidos por generaciones anteriores.

C) Su respuesta a esa proyección y a esa inducción.

Recientemente leí, en una revista de actualidad (TIME, 26-VII-99), un comentario que me estremeció. Con motivo del accidente que costó la vida a John F. Kennedy Jr., hacían referencia a las tragedias que han signado a esta familia tan influyente en la historia de los Estados Unidos, y citaban palabras atribuidas al presidente Kennedy, quien heredó la carga de las ambiciones políticas de su padre: "... Así como yo entré a la política cuando Joe (su hermano mayor) murió, si algo me pasara a mí mañana, mi hermano Bobby ocuparía mi silla. Y si algo le pasara a él, mi hermano Teddy lo haría por nosotros".

¿Profecía autocumplidora o delegación inexorable?...

2) Transferencia:

Este concepto, tan fundamental en psicoanálisis, tiene utilidad en la comprensión de las interacciones humanas, y por lo tanto en la T.F.S., pero es necesario delimitar sus alcances en este campo. Partiré de la definición dada por Laplanche y Pontalis en el *Vocabulaire de la Psychanalyse* (1967).

> ... Designa, en Psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de

> prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.
>
> Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. (Neurosis de transferencia).
>
> La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidad, interpretación y resolución de la transferencia.

Quise a partir de la definición psicoanalítica, marcar las diferencias existentes entre esta concepción y la sistémica, y rescatar la utilidad de la aplicación de esta idea en el campo de la T.F.S.

Hay una acepción de transferencia en sentido general, que describe una tendencia universal de los seres humanos a desplazar afectos y actitudes, originalmente vividos con las figuras parentales en la infancia, sobre otras personas con las que se relaciona en el presente. Esta tendencia anacrónica es espontánea, no una creación de la terapia psicoanalítica. Lo que es propio de esta disciplina es su particular utilización de la misma, a través del análisis de la transferencia, básicamente, de la inducción e interpretación de la "neurosis de transferencia". Ésta última es la neurosis artificial que se constituye en torno a la relación con el analista y representa una reedición de la neurosis clínica; su interpretación, objeto del psicoanálisis, conduce al descubrimiento de la neurosis infantil.

Freud mismo señala estas características en su obra *La dinámica de la transferencia* (1912): "... No es cierto que la transferencia surja más intensa y desenfrenada en el psicoanálisis que fuera de él".

Agrega: "... Así pues, no debemos atribuir al psicoanálisis, sino a la neurosis misma estos caracteres de la transferencia".

Estas aclaraciones son necesarias para destacar que el concepto de transferencia que es aplicable a la T.F.S., es el general, lo que implica reconocer el carácter relacional de la misma. Este aspecto ha sido considerado por Flora Aurón en "La transferencia en la familia" (1983):

1) La transferencia está ya dada en la familia desde su formación.
2) La familia utiliza determinados mecanismos que le permite reproducir los vínculos primarios de sus respectivas familias de origen.
3) El síntoma representa, entre otros aspectos, una manifestación transferencial.
4) El terapeuta sistémico no necesita promover ni interpretar la transferencia central, a menos que se transforme en un obstáculo resistencial.
5) El cambio puede producirse con la detección y el trabajo sobre las ligas transferenciales intrafamiliares.
6) Los datos contratransferenciales del terapeuta pueden ser utilizados para la comprensión del proceso terapéutico.

Lo expuesto anteriormente, desde una perpectiva estrictamente psicodinámica, da una imagen muy rígida e inexorable de la proyección transferencial, lo cual no se ajusta a la dinámica e interpersonal concepción sistémica. El ajuste que propongo está más en la línea de considerar la transferencia como un proceso de doble vía, del pasado al presente y vicerversa (en el sentido de una resignificación de la historia); de lo intrapsíquico a lo interpersonal, y de ahí nuevamente a lo intrapsíquico, en un permanente espiral de retroalimentación. Es decir, existe la tendencia a proyectar la vivencia experimentada en la infancia con las figuras originales, pero la respuesta de la persona sobre la cual se proyecta (sea el terapeuta, la pareja, un hijo, la maestra o un taxista), influirá en la conducta actual del sujeto y en sus sucesivas propuestas relacionales. Esto significa que nuestro mundo experiencial está siendo permanentemente construido y reconstruido de una manera activa y que el lugar de origen de este movimiento no radica ni en las estructuras internas ni en los estímulos externos, sino en el activo interjuego de ambos factores.

Esta mirada da otra perspectiva al concepto freudiano de "compulsión a la repetición", sacándolo de la ineludible e inmodificable adscripción al discutido "instinto de muerte", para ubicarlo en una más humanista concepción de la experiencia humana, donde el volver a repetir patrones interaccionales lleva

implícita la necesidad de "diferencia", de buscar, no lo mismo, sino nuevas alternativas que permitan el crecimiento, la exploración y creación de nuevos vínculos, el cambio y la complejidad.

Vemos este pensamiento renovador en la producción de numerosos autores que sustentan esta postura: Fiorini, H. y Peyrú, G. (1978); Wachtel y Wachtel, (1986); Lewis, J. (1985).

Fiorini distingue durante el tratamiento lo que es "relación transferencial" con el terapeuta de lo que es "relación real", actual. Se da entre ambas una permanente oscilación y juego dialéctico, que permite la "propuesta rectificadora" del paciente, y la "respuesta rectificadora" del terapeuta. Surge así la "diferencia" como alternativa a la "repetición". "Diferencia" como aprendizaje, como encuentro, como complejidad. Este concepto saca a la relación terapéutica del lecho de Procusto de una imposición rígida de la transferencia en sentido estricto. Y esto es lo que pasa también en las familias. No todo es reedición de pautas, atrapamiento transgeneracional, compulsión a la repetición. Hay innovación, aprendizaje, vínculos no distorsionados por viejas historias, a veces ajenas, y creatividad al servicio del crecimiento.

Es muy importante que el terapeuta sea sensible a ambos aspectos, el transferencial y el real, porque cada uno exige un abordaje distinto.

3) Defensas transpersonales:

Este es otro concepto que, proviniendo del campo psicodinámico, ha enriquecido positivamente la comprensión sistémica. Aunque muchos autores se refieren a estos mecanismos denominándolos de distinta manera, cabe a Ronald Laing, ser el primero que los conceptualizó sistemáticamente. Por lo tanto sus aportes serán el eje de este desarrollo.

Laing fue un precursor del pensamiento sistémico en psicoanálisis. Aunque fue miembro del Instituto de Psicoanálisis de Londres y realizó su trabajo clínico en la Clínica Tavistock, sus planteos difieren del psicoanálisis tradicional por su enfoque netamente interpersonal, contrapuesto al enfoque intrapsíquico y a

la teoría de las relaciones objetales. En este sentido, se acerca más a los desarrollos de Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm Reichmann y Searles.

Antes de pasar a considerar las defensas transpersonales, creo útil ofrecer un esbozo general de la visión de Laing sobre la familia, para lo cual voy a citar párrafos de su libro *El cuestionamiento de la familia* (1969):

> ... Lo que internalizamos, es *la familia como sistema*. No los elementos aislados, sino las relaciones y operaciones entre elementos y conjuntos de elementos.
>
> ... "La familia", es decir la familia como estructura concebida por la fantasía, lleva aparejada un tipo de relación entre los miembros de la familia que difiere de las relaciones entre quienes no han asumido recíprocamente en su interior esa imagen. La "familia" no es un objeto introyectado sino un conjunto de relaciones introyectado. Es un conjunto de elementos con subdivisiones dentro de las cuales se encuentra el Yo, *junto* con otras personas que lo contienen.
>
> ... Resumiendo, diremos que lo que se internaliza no son objetos como tales, sino pautas de relación por medio de operaciones internas, a partir de las cuales una persona desarrolla una estructura grupal personificada.

Boszormenyi-Nagy y Framo, (1965) plantean:

> ... Se llegó a un punto crítico del pensamiento psiquiátrico cuando se advirtió que los síntomas servían para equilibrar fuerzas dentro de la familia, lo mismo que fuerzas intrapsíquicas. Se descubrió que existía en cada familia una estructura motivacional profunda, inconsciente y multipersonal. Se advirtió que la conducta, en vez de estar determinada exclusivamente por las fuerzas psíquicas propias de un individuo, estaba determinada, en parte, por los sistemas de motivos de otras figuras significativas, que podían así frustrar o satisfacer necesidades. Se advirtió que hay siempre complicidad recíproca en lo que unas personas hacen a otras, y que el dar, recibir y rehusar es recíproco.

Ya tratándose de defensas transpersonales específicamente, volvamos a Laing (op. cit.):

> ... La mayor parte de las defensas enumeradas por el psicoanálisis, por ejemplo la disociación, la proyección, la introyección, la negación, la represión, la regresión, son intrapsíquicas. Estos mecanismos de defensa psicoanalíticos son *lo que una personas se hace a sí misma*. No son acciones que recaen sobre el mundo externo, sobre los demás ni sobre el mundo de los demás. Es un hecho manifiesto que las personas tratan de actuar sobre los mundos "interiores" de los demás con el fin de preservar sus propios mundos interiores, y que algunas, (los llamados sujetos obsesivos, por ej.) ordenan y reordenan los objetos del mundo "externo" con idéntico fin.
>
> No existe ninguna teoría psicoanalítica sistemática sobre la naturaleza de las defensas *transpersonales*, es decir, las defensas por medio de los cuales el Yo procura *controlar la vida interior del prójimo con el fin de preservar su propia vida interior*, ni sobre las técnicas a que se puede recurrir para hacer frente a la persecución que es su consecuencia.

Vemos pues, que la función básica de estos mecanismos es permitir al sujeto el control de su ansiedad a través de actuar sobre la experiencia del otro, que queda, por así decirlo, "parasitada". Esto da lugar a una intrincada red de proyecciones y re-proyecciones que pueden pasar de generación en generación.

De las varias defensas transpersonales mencionadas por Laing en sus obras (1961) (1965), me referiré particularmente a la ***mistificación*** y a la ***colusión*** por considerarlos conceptos útiles para la comprensión de las interacciones que se dan en la familia.

Mistificación: es el proceso por el cual un sentimiento o rasgo (negativo) de una persona es atribuido (inducido) a otra, para luego convencerla de que ella "es" realmente así. Esto genera confusión en la persona mistificada, así como invalidación de su experiencia, la cual es sustituida por conductas o roles falsos para su self, pero necesitados por el otro significativo (mistificador). Esta maniobra inconsciente está al servicio de la evitación del conflicto verdadero,

y su efecto enmascarador puede hacer surgir un falso conflicto, intra o interpersonal. La acción deformadora de la mistificación sobre la experiencia del otro la coloca muy cerca de la desconfirmación y del doble vínculo, hecho que da cuenta de por qué se la encuentra frecuentemente en la constelación esquizofrénica.

Colusión: En la colusión se establece una complicidad inconciente o autoengaño entre dos o más personas, para mantener una determinada posición, necesaria para el equilibrio emocional de ambas. Un componente presente en este mecanismo es la identificación proyectiva complementaria de aspectos no tolerados por una persona y puestos en la otra, que a la vez los asume por necesidades inconscientes propias. Se da así un juego de espejos deformantes, que complejiza y enreda las relaciones interpersonales. La colusión es un ingrediente constante en las relaciones de pareja, está presente desde el surgimiento de la atracción inicial y juega un papel fundamental en dicha elección. Aspectos de la historia personal dejan huellas que se juegan en el campo interaccional, a través de estilos comunicacionales particulares. Los vínculos primarios se recrean, así, en las relaciones actuales. Siempre se encuentra un cada quien para cada cual. Tal correspondencia de estructuras da cuenta de muchos de los problemas hallados en la consulta clínica de parejas. "... Los cónyuges con perturbaciones análogas se impulsan recíprocamente en su comportamiento patológico, y se acostumbran a un juego inconsciente, a una colusión." (Willi, 1975).

"Toda neurosis requiere cómplices" (Wachtel, 1977). Esta afirmación remite al juego mutuo de los enganches colusivos, que encontramos en todas las relaciones humanas, no como evidencia de patología, sino como forma de lidiar con la ansiedad y la frustración que genera una autopercepción no aceptada.

Conceptos sistémicos incorporados a la terapia individual de corte psicodinámico

Así como la Terapia Familiar se enriquece con la aportación psicodinámica, éste enfoque terapéutico amplía su visión con la incorporación de conceptos sistémicos.

El modelo "**psicodinámico cíclico**" desarrollado por Wachtel, E. F. y Wachtel P. (1986) da cuenta de esta asociación:

> ... Lo aparentemente irreconciliable, (de ambos enfoques) se debe principalmente a la ecuación que hace el punto de vista psicodinámico tradicional, con una versión lineal intrapsíquica de la mente.
> La teoría psicodinámica cíclica circular a la que nos hemos referido nos parece que da cuenta mejor del funcionamiento intrapsíquico del individuo.
> Ella enfatiza el importante rol de los deseos y pensamientos inconcientes, del conflicto y la defensa, y del monitoreo y distorsión de la experiencia subjetiva al servicio del mantenimiento de una particular imagen conciente del self.
> Pero su señalamiento de la influencia de los patrones interpersonales y comunicacionales actuales no es una perspectiva complementaria, separada pero necesaria; más bien estos patrones interpersonales son vistos como parte de la urdimbre y el tejido de cómo el estado intrapsíquico es mantenido; de hecho, de cómo el estado intrapsíquico es. El escondido "mundo interno" es, en esta visión, no un reino en sí mismo, sino a la vez el producto, el símbolo y la causa de los patrones interaccionales en los cuales las personas están comprometidas.

Esta conceptualización me parece que sintetiza la comprensión del sistema total familia-individuo.

Otra autora que ha realizado una importante contribución al desarrollo de la teoría psicoanalítica es Jessica Benjamin, quien sagazmente observa que el psicoanálisis, con el énfasis puesto en el estudio del mundo interno o intrapsíquico, al que se dedicó particularmente la Teoría de las Relaciones de Objeto, deja de lado el hecho de que las relaciones interpersonales son en realidad, "**intersubjetivas**". Se establecen entre "sujetos", cada uno con su centro vital, sus necesidades, su autonomía. Esta concepción modifica y amplía los conceptos de "Simbiosis e Individuación" de M. Mahler (1975) y las de Bowlby (1951) sobre el "Apego", al introducir el tema del " Reconocimiento" como una capacidad innata a la vez que aprendida, que se va desarrollando desde el nacimiento.

Cito el planteo de Benjamin en *Sujetos iguales, objetos de amor*:

> ... La teoría intersubjetiva postula que el "otro" debe ser reconocido como otro sujeto para que el sí-mismo experimente plenamente su subjetividad en presencia de ese "otro". Esto significa que tenemos necesidad de reconocimiento y capacidad para reconocer a los otros en compensación, lo cual hace posible el reconocimiento mutuo. Pero el reconocimiento es una posibilidad del desarrollo individual que sólo se realiza desigualmente: en cierto sentido, lo esencial de un psicoanálisis relacional es explicar este hecho. En la metapsicología freudiana, el proceso de reconocer al otro " con esa claridad que ya no es reflexión sino sentimiento" aparecería, en el mejor de los casos, como un efecto de segundo plano de la relación entre el Yo y la realidad externa. Las críticas feministas al psicoanálisis han sostenido que la conceptualización del primer otro, la madre, como objeto, es lo que está en la base de esta laguna teórica. La antítesis cultural entre el "sujeto masculino" y el "objeto femenino" contribuye mucho al hecho de que no se tome en cuenta la subjetividad del otro. La negación de la subjetividad de la madre, en la teoría y en la práctica obstaculiza profundamente nuestra aptitud para ver el mundo como habitado por "sujetos iguales". Mi propósito es demostrar que, en realidad, la capacidad de reconocer a la madre como sujeto es una parte importante del desarrollo temprano, y también llevar el proceso del reconocimiento al primer plano de nuestro pensamiento".

Es interesante observar el giro hacia el reconocimiento de la intersubjetividad que ha experimentado el pensamiento postmoderno, tanto en las aportaciones filosóficas, como antropológicas, sociológicas y psicológicas. Desde este último punto de vista, las implicaciones referidas a la clínica son de fundamental importancia, porque cambian la visión del sujeto, al concebirlo fundamentalmente como un ente interaccional. No ya como una identidad esencialista, dada desde la constitución de su mundo intrapsíquico, sino como una construcción dinámica entre el Sí- mismo y el Otro. Por eso me parece rica la aportación de J. Benjamin, porque nos plantea como la intersubjetividad interviene en la estructura del mundo psíquico. Así, considera dos categorías de la experiencia, denominadas

"dimensión intrapsíquica" y "dimensión intersubjetiva", que se hallan en permanente relación dialéctica y complementaria, y no son excluyentes. Es en ese inacabable juego entre el Yo y el Otro que ambos seres se constituyen como "sujetos iguales".

> ... Pero si incluso rechazamos la concepción freudiana del Yo, la confrontación con la subjetividad del otro y con los límites de la autoafirmación es difícil de negociar. La necesidad de reconocimiento entraña una paradoja fundamental: en el momento mismo de realizar nuestra propia voluntad independiente, dependemos de otro que la reconozca. En el momento mismo en que llegamos a comprender el significado de "*yo, yo mismo*", nos vemos forzados a advertir las limitaciones de ese sí-mismo. En el momento en que comprendemos que mentes separadas pueden compartir sentimientos similares, comenzamos a aprender que esas mentes también pueden disentir.

Esta postura se refleja en la concepción misma del tratamiento psicoanalítico:

> ... En particular, la perspectiva relacional ha añadido a la teoría de las relaciones objetales la insistencia en que se advierta que el psicoanálisis opera en un campo de dos personas, y no de una persona, lo cual significa que dos subjetividades, cada una con su propio conjunto de relaciones internas, comienzan a crear un nuevo conjunto entre ellas.

Entre nosotros, I. Maldonado (1998), ha planteado otra forma de conceptualizar al "self", basada en aportaciones de la corriente narrativa, entre otras. Maldonado desacuerda con el enfoque psicodinámico como un referente útil dentro de la concepción sistémica, pero insiste en la necesidad de conceptualizar una teoría relacional del "self" que sirva de fundamentación de la terapia individual sistémica. Menciona como interesante el aporte de R. Schwartz (1995), creador del modelo llamado "Sistema Familiar Interno".

Schwartz (1995), aún asumiendo la exclusividad de su modelo, reconoce que procede de dos corrientes netamente identificadas: la exploración de procesos intrapsíquicos y de procesos familiares.

... Parte de la originalidad de este modelo es que junta estas dos corrientes, creando una confluencia que enriquece a cada uno, y a la vez produce algo nuevo, una aproximación sistémica a la mente.

Este modelo plantea la existencia de "partes" o "subpersonalidades" que constituyen el mundo interno de las personas. Estas "partes" interactúan entre sí como lo hacen los miembros de una familia o un grupo social. Al aplicar los conocimientos obtenidos en el campo de la Terapia Familiar Sistémica para la comprensión de las interacciones de las "partes" internas, Schwartz logra un abordaje lleno de opciones para el cambio interno, no patologizante y tendiente a resaltar los recursos y capacidades de la persona. Asimismo, el énfasis está puesto en la danza dinámica entre lo interno y lo externo, básicamente en lo interaccional.

Aunque Schwartz no lo menciona, el modelo "Sistema Familiar Interno" tiene similitudes con el concepto de Laing de "Estructura Grupal Personificada", aunque este autor no desarrolla un complejo modelo de abordaje terapéutico como al que nos estamos refiriendo.

Implicaciones terapéuticas

¿Para qué este despliegue de modelos y de referencias?, ¿cómo se traduce este intento integracionista en la práctica clínica?, ¿cuál es la ventaja de que el terapeuta posea una visión inclusiva de lo intrapsíquico y lo interaccional?

Por lo pronto, porque así funciona el universo de lo "humano". Poder transitar con fluidez desde una dimensión a otra, facilita que también el consultante aprenda las múltiples relaciones que mantiene consigo mismo y con el mundo exterior.

Un terapeuta que detecte cuando la persona con quien está trabajando (en forma individual o en pareja, o familia) está más conectado con anacrónicos personajes de su historia pasada que con su interlocutor actual, podrá intervenir para dilucidar ese desliz en el "túnel del tiempo" (más allá de si se llama "transferencia", "identificación proyectiva", "colusión" o "reclutador"). Y de esa

detección y comprensión clínica podrán resultar intervenciones de distinta naturaleza, que incluso definen escuelas o posiciones epistemológicas diversas, pero todas tendientes a resanar esa grieta entre el pasado y el presente, que distorsiona las relaciones humanas. La Terapia Sistémica no acepta el concepto psicoanalítico de *insight*. Tal vez haya que inventar otro nombre para el "autoconocimiento" pero estoy convencida de que no hay terapia que no lo fomente, de una u otra manera, y si no lo hacen, tomando prestado el enunciado de Bateson, es una mala terapia.

Sin embargo, la posibilidad de entender también los juegos relacionales, permite al terapeuta no quedar atrapado en una concepción rígida y estática del sujeto, sino comprender que el individuo es, precisamente, un sistema abierto y por lo tanto permeable y en perpetuo "intercambio de energía e información" con su ambiente. Ese "intercambio de energía e información" ocurre en el seno de la relación terapéutica, es el producto de nuestra activa y permanente construcción de nuestro mundo de experiencia. Pero como todos los sucesos de nuestra vida psicológica, no sucede ni por causa de los estímulos externos ni por las características de nuestra estructura interna, sino por las múltiples interacciones entre los dos.

Es a lo que, hace muchos años, Franz Alexander se refirió como "experiencia emocional correctiva.

Por lo tanto, no importa tanto a qué corriente teórica se adhiera el terapeuta, siempre que tenga la amplitud de visión y los elementos técnicos como para poder efectuar un abordaje integral, privilegiando en cada momento las intervenciones más convenientes. Como avezado camarógrafo debe tener habilidad en el manejo del "zoom" mental (y digo "mental" en la acepción de Bateson: como una entidad que trasciende al individuo e incluye sus relaciones con el mundo). Debe poder enfocar e iluminar, ora los procesos internos de su cliente, ora los procesos comunicacionales que sostiene con sus otros significativos y los múltiples juegos que se dan en su ámbito familiar, ora sus interacciones con el contexto más amplio y su vínculo con su medio social y cultural.

Bateson sostuvo que "... Lo monstruoso es intentar separar el intelecto de las emociones, y considero que es igualmente monstruoso separar la mente externa de la interna. O separar la mente del cuerpo."

Este pensamiento resume todo lo expresado y alerta contra parcializaciones que "hacen pedazos la ecología". Respetar la ecología del ser humano implica concebirlo como totalidad, pero reconociendo las especificidades de sus partes constitutivas y de su entorno, que es también constitutivo.

La terapia debe cumplir esa función integradora y debe cumplirla desde la profunda comprensión de que el hombre es a la vez producto y productor de sí mismo y de los otros significativos. De esa relación surge la "Creatura".

Cuando llegué a México, hace ya muchos años, vi un "graffiti" en un muro de un baldío de la Colonia Roma que me impactó profundamente, aunque no supe en ese momento la trascendencia que iba a tener en mi vida y cómo se iba a enlazar a la evolución de mi pensamiento profesional. Se trataba de un verso de Octavio Paz que ha pasado a ser nuclear en mi visión de mundo:

Para ser Yo, debo ser Otro.
Salir de Mí, perderme entre los Otros.
Los Otros, que no son si Yo no existo,
Los Otros, que me dan plena existencia.

Bibliografía

1. Andolfi, M. et al. ( ), *Detrás de la máscara de la familia.*
2. Aurón, F. (1983), *La transparencia en la familia. Tesis doctoral.*
3. Bateson, G. (1972), *Pasos hacia una ecología de la mente.* Ed. Carlos Lohlé. Bs. As. 1976.
4. Benjamin, J. (1988), *Los lazos de amor.* Paidos, Buenos Aires, 1996.
5. —. (1995), *Sujetos iguales, objetos de amor.* Paidos, México, 1997.
6. Boszormenyi-Nagy, I y Framo, J. (1965), *Terapia familiar intensiva.* Trillas, México, 1982.
7. Bowen, M. (1979), *De la familia al individuo.* Paidos, Bs. As., 1991.

8. Bowlby, J. (1951), *El vínculo afectivo.* Paidos, México.
9. Breunlin, D.; Schwartz, R. y Mc Kune-Karrer, B. (1992), *Metaframeworks.* Jossey-Bass Publishers. San Francisco.
10. Erikson, E. (1968), *Infancia y sociedad.* Ed. Hormé, Buenos Aires.
11. Falicov, C. (1988), *Family transitions.* The Guilford Press, N.Y., 1988.
12. Fiorini, H. y Peyrú, G. (1978), *Aportes técnico-clínicos en psicoterapia.* Ed. Nueva Visión, Bs. As.
13. Freud, S. (1912), *La dinámica de la transferencia.* Obras completas. Vol. II. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
14. Laing, R. (1961), *El Yo y los Otros.* F.C.E., México, 1974.
15. —. (1969), *El cuestionamiento de la familia.* Paidos, Buenos Aires, 1972.
16. —. (1965), "Mistificación, confusión y conflicto" en Boszormenyi-Nagy y Framo: *Terapia familia intensiva.* Ed. Trillas, México, 1982.
17. —. (1965), *Experiencia y alineación en la vida contemporánea.* Paidos, Buenos Aires, 1973.
18. Lewis, J. (1997), *Marriage as a search for healing.* Brunner & Mazel, N.Y.
19. Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse.* Presses Universitaires de France, Paris, 1968.
20. Maldonado, I. (1998), "Bosquejo de una teoría relacional del 'self'" en *Psicoterapia y familia.* Vol. 11. N° 1.
21. Schwartz, R. (1995), *Internal family sistems therapy.* The Guilford Press, N.Y.
22. Wachtel, E. y Wachtel, P. (1986), *Family dinamics in individual psychoterapy.* The Guilford Press, N.Y.
23. Willi, J. (1975), *La pareja humana: relación y conflicto.* Ed. Morata, Madrid, 1978.

Tú... Yo... Nos-Otros: Identidades familiares, una reflexión a fin de milenio

*Jacqueline Fortes de Leff**

Autopsicografía
Fernando Pessoa 1-4-1931

El poeta es un fingidor.
Finge tan enteramente
Que hasta finge que es dolor
El dolor que de veras siente.

Y quienes leen lo que escribe,
En el dolor leído sienten bien,
No los dos que el poeta tuvo,
Pero sólo el que ellos no tienen.

Y así por las vías rueda
Gira, para entretener la razón,
Este tren de cuerda
Que se llama corazón.

¿Por qué abordar el problema de las identidades, que ha ocupado la mente de los seres humanos desde la antigüedad, a fin de milenio? Si las identidades se construyen en la relación con los otros, se crean y recrean, definen o cambian a lo largo de los tiempos y las relaciones, ¿cuál sería el problema? Como frecuentemente nos preguntamos en una entrevista terapéutica, ¿por qué hablar de eso aquí, por qué ahora?

* Centro de Estudios e Investigación sobre la Familia (IFAC)

El tema me parece fundamental para reflexionar en un momento de cambio temporal, el siglo XXI, tan lleno de expectativas y misterios, esperanzas y miedos. En una época como la actual, fin de siglo, en la que se nos plantean, a mi parecer, dilemas entre lo único y lo diverso: la globalización y la diversidad, el fanatismo religioso que enfatiza una religión como única y necesaria, la imposición de regímenes totalitarios y el énfasis en la democracia y la diversidad cultural. En la ciencia aplicada, la medicina tradicional se expande para coexistir con diferentes medicinas (la "medicina alternativa", por ejemplo). La admirable aunque inquietante fuerza en el desarrollo de tecnologías que parecen emanadas de nuestra imaginación y fantasía, coexisten junto al rescate de los saberes tradicionales de las culturas indígenas, de los saberes orientales y occidentales.

El fin de siglo se me aparece como una multiplicidad de visiones alternativas y coexistentes. Esa diversidad que requiere ser integrada de alguna manera, de ser analizada a fin de darle nombre a esa complejidad de visiones del mundo, de sí mismo y de los otros. ¿Esta atmósfera compleja y diversa que se vive en los campos social, político, económico, científico y tecnológico, repercute en la esfera familiar y de pareja? ¿En el individuo como parte interactuante en los sistemas terapéutico, familiar, de pareja?

En este momento histórico, me parece interesante y necesario abrir una reflexión sobre las narraciones que de sí mismos tienen los individuos al interior de la familia y del sistema terapéutico. Ahondar en la relación del individuo con los otros significativos, en las definiciones de identidades que se van desarrollando, a través de las conversaciones con los *otros* incluidos en el *nosotros* (conversaciones internas y externas, como las llama Andersen, 1996), la relación intrínseca del *tú* dentro del *yo* y los *otros* dentro de la pareja.

Una breve mirada a la historia reciente

Las diferentes revoluciones políticas y sociales que vivimos en los años 60s en América y Europa, así como en parte de Asia, y que

culminaron en el 68, evidenciaron las necesidades políticas, económicas y sociales de poder, controlando a un grupo sobre otro por la fuerza de las armas (como sucedió en Hungría y Checoslovaquia) o controlando a través del discurso (Foucault, 1980). El movimiento feminista, surgido en estos contextos, evidenció la separación que se hacía entre lo masculino y lo femenino, a través del discurso político, social e individual, que traía como consecuencia el mantenimiento de estructuras sociales a partir del control y sojuzgamiento voluntario o involuntario de unos sobre otros (hombres y mujeres, pobres y ricos, etc.). Los cambios revolucionarios también se reflejaron en las universidades, se redefinió la relación entre la enseñanza y la investigación, se rompió su separación académica, integrándolas como actividades íntimamente ligadas. La educación en general fue influida por estos cambios, especialmente los conceptos referidos al proceso de enseñanza y aprendizaje, con una visión más dinámica e integrativa.

En el campo de las ideas científicas se produjeron cambios revolucionarios, que desafiaron la cosmovisión moderna sobre la autonomía e individualismo del ser humano. Kuhn (1962, 1977) habló de la estructura de las revoluciones científicas, analizando la influencia determinante del paradigma científico como marco de referencia en el desarrollo de esas teorías y prácticas científicas. La objetividad de la ciencia —y del conocimiento en general— comenzó a ser cuestionada y se fijó la mirada sobre la subjetividad en la producción de conocimiento. Científicos como Mitroff (1974) analizaron la subjetividad de los científicos y su influencia en su práctica de generación de conocimiento. Las teorías del construccionismo social comenzaron a filtrarse, al volverse las "ciencias exactas" un foco de estudio para los científicos sociales. Se comienza a ver al conocimiento científico como una construcción social, influida por los contextos en los que se desarrolla (Knorr-Cetina, 1983; Knorr-Cetina y Mulkay, 1985) y a las prácticas y teorías científicas como influidas por las relaciones entre los científicos mismos (Latour y Woolgar, 1979). La ideología científica es estudiada (Merton, 1973, 1942), analizándola como parte fundante de la identidad de los

científicos y su influencia en la formación de jóvenes científicos (Fortes y Lomnitz, 1991).

El feminismo, surgido a finales de los 60, fue otro movimiento social que revolucionó la manera como los hombres y las mujeres se veían a sí mismos y al otro. Con el feminismo, los roles, imágenes y actividades del ser hombre y mujer, padre y madre, fueron cambiando. Se comenzó a hablar de lo "obvio", de las diferencias aceptadas y asumidas como hechos; de la manera como el discurso, como el hablar, asigna posiciones a los individuos y los sujeta a estructuras sociales prestablecidas. De lo obvio, pasó a hablarse de las diferencias en las visiones masculinas y femeninas, el predominio de un lenguaje científico y social masculinizante, abriéndose el análisis a diversas visiones, masculinas y femeninas, de la realidad. Comenzó a desafiarse la polaridad entre los roles para incluir ambas posibilidades, o crear nuevas: la madre podría dejar de ser y de sentirse la única vinculada con las necesidades afectivas de los hijos, lo que podría ser compartido por el padre. Apareció también una nueva forma de concebir a los seres humanos desde el punto de vista del género, reconociendo a éste como socialmente construido y abriendo la visión de elecciones y orientaciones sexuales, considerando a la homosexualidad como otra alternativa de relación, sin señalarla negativamente o como patología.

Identidades y posmodernidad

Estos movimientos sociales fueron forjando lo que llamamos el pensamiento posmoderno, que se basa en entender al individuo en relación y no como ente autónomo (Gergen, 1992). La dualidad entre la objetividad y la subjetividad del pensamiento moderno, quedan integradas, al hablar de la participación del observador en su objeto de estudio (Maturana, 1994; Watzlawick, 1994), la autoreferencia (Elkaïm,1998; Lax, 1997) y la influencia mutua en las relaciones, al ser estructuradas a partir del lenguaje, el cual es parte integral de las relaciones con otros. Un concepto fundamental en este enfoque es el de la reflexividad, descrita como "un proceso

que consiste en convertirse a uno mismo en objeto de la propia observación, examinando las narrativas que estructuran nuestras propias experiencias y viceversa."(Lax, 1997:158).

La posmodernidad nos ha abierto a entender y asimilar la posibilidad de coexistencia de lo diverso, a ver y entender las relaciones desde adentro, considerando que es sólo así, a través del "ojo del observador", como lo llaman los constructivistas (Watzlawick,1994) —y de su persona entera, con sus percepciones, cogniciones, afectos, cultura e ideologías—, como el individuo entiende las relaciones y vive en ellas. Ya Levinas (1948, 1993) desde la filosofía lo marcaba, a fines de los años 40: la identidad sólo puede entenderse en relación con el otro, ese otro interiorizado o interactuante, reconociendo además "el carácter ineludible de la subjetividad aislada" (1993:138).

Con la evolución conceptual posmoderna, que concibe al individuo en relación —y no como individuo autónomo— se ha desafiado la concepción de una identidad fija, estructural (Goolishian y Anderson, 1994; Anderson, 1997; Gergen, 1992). Habrían múltiples identidades o identidades parciales, construidas en nuestra relación con los otros. Sin embargo, considero importante distinguir la subjetividad individual de la red de intersubjetividades que la conforman: en la familia, como en la pareja, hay un tú, un yo y un nosotros que no siempre se distinguen, y que forman parte fundamental del trabajo terapéutico. Es fundamental destacar al individuo mismo, ese Yo que habla, aún cuando éste se defina a sí mismo a través de las múltiples voces de esos otros que lo conforman. Para Levinas, la identidad se desarrolla a través de un sí mismo en relación con lo otro, la muerte —de allí la subjetividad aislada— y con el otro, a través de una dualidad entre proximidad y distancia.

Es lo único y lo múltiple, que necesitan ser abordados en nuestra comprensión de los sistemas, el familiar, individual y terapéutico. Atender a las singularidades (Elkaïm, 1989) de cada uno, individuo, pareja, familia, insertándolas en sus diferentes contextos de influencia que marcan su comunalidad y multiplicidad. Entender al individuo en sus diferentes relaciones.

La diversidad es otra dimensión característica del pensamiento posmoderno, que se opone a la racionalidad, individualidad e intencionalidad del pensamiento moderno (Gergen, 1992). Las perspectivas múltiples remiten a atender los diferentes contextos desde los que se emiten: los contextos sociales y políticos, culturales e ideológicos, familiares, siendo importante considerar las diferentes generaciones en las familias de origen, además de la familia nuclear. Estos enfoques completaron en la teoría familiar sistémica un aspecto que se había hecho de lado, el de la historia y los contextos sociales como influyentes en los sistemas familiares (Cf, Andolfi y Angelo, 1989, 1990; Elkaïm, 1989; Gergen,1992). Una base teórica fundamental en el desarrollo de este pensamiento posmoderno ha sido el construccionismo social (Berger y Luckman, 1979; Gergen, 1992, 1996). Estos conceptos abrieron el interés en la teoría sistémica, por estudiar la subjetividad y al individuo en relación con los otros (Fried Schnitman, 1996, Fried Schnitman y Fuks, 1994).

No es posible separar al sistema de estudio o trabajo terapéutico del investigador o terapeuta, puesto que se es ya parte interactuante de él. Lo fundamental es rescatar la multiplicidad de visiones y voces que tienen los miembros en interacción y amplificarlas para generar visiones novedosas o diferentes. La herramienta básica es la relación a través del lenguaje. A través de conversaciones con los otros y consigo mismo, terapeuta y consultantes desarrollan conversaciones únicas que, si se buscan amplificar y diversificar, se pueden generar historias alternativas.

El sí mismo y las identidades

El individuo, de acuerdo al enfoque posmoderno, está inmerso en relaciones que determina y es determinado por ellas. El *yo* es socialmente construido (Gergen, 1992). Para Goolishian y Anderson (1994), no existe una identidad única, estable, sino que se crean y recrean identidades con el devenir del tiempo y las relaciones, a través de la interacción simbólica y el intercambio de significados mediante el lenguaje con los otros. Para estos autores, "el sí mismo no es una entidad estable y duradera, sino una autobiografía que

escribimos y reescribimos en forma constante, al participar en las prácticas sociales que describimos en nuestras siempre cambiantes narraciones", y más adelante escriben enfáticamente: "El sí mismo deviene la persona que nuestros relatos requieren." (Goolishian y Anderson, 1994:299). Estos autores refieren que nuestras identidades "... son creadas por los individuos en la conversación y la acción con otros y consigo mismos, que están abiertas a una variedad de interpretaciones" (Anderson , 1997:37).

De esta manera, no podemos entender las identidades sin considerar al *otro* que forma parte de ellas, tan claramente definido cuando hablamos en plural, el *nos-otros*, esos otros incorporados en nuestro discurso, en la visión que tenemos de nosotros mismos y los demás. Participan numerosas voces al hablar de nuestros diferentes *yos*. El elemento fundamental es la relación.

Si dirigimos la mirada al interior del sistema terapéutico, ¿qué sucede con cómo se ven y son vistos los individuos, qué hablan de sí?

El poner especial atención a las identidades, en el trabajo terapéutico, y los efectos que tienen sobre los participantes en la conversación, terapeuta y consultantes, lo menciona Peggy Penn, al hablar sobre violencia e identidad sexual: "Descubrimos que colocar la identidad sexual en el corazón de la práctica clínica había liberado nuestra imaginación terapéutica y ampliado nuestro modelo de existencia. La identidad sexual es una propiedad orgánica de nuestra co-construcción de historias y, puesto que es también autorreferencial por el hecho de que somos sexuados, refuerza posiciones cibernéticas de segundo orden en el observador-participante, a la vez para la familia y para nosotros." (1998:78).

Considero que necesitaríamos integrar a nuestro análisis de las identidades el concepto de rol, no en el sentido funcionalista, sino en relación al discurso que tales roles y funciones promueven en los individuos en su interacción y que cada uno crea, recrea y co-construye en su relación con los demás. Los roles se asocian con formas de actuar, sentir y pensar, a través de la interacción social. Esto define identidades, estructura el discurso sobre sí mismo en la relación con los otros.

Podemos ver que las ideas del pensamiento posmoderno se reflejan en las relaciones sociales. La diversidad es actualmente un concepto dominante, así como la posibilidad de definir y crear realidades diferentes. Las relaciones dan lugar a un devenir de identidades. Esta multiplicidad de identidades, como de visiones alternativas, nos abre a un mundo de posibilidades, lo que estimularía nuestra creatividad y capacidad generativa en general. Este es un elemento fundante de la actividad terapéutica. Sin embargo, también puede generar confusión. Nuevamente a nivel terapéutico, la confusión puede ser un desafío, una fuente motivacional, que convertida en incertidumbre y curiosidad, abra nuevos caminos de indagación y conversación. Empero, a nivel individual, la multiplicidad de identidades que se vive actualmente, podría generar confusión y ambigüedad que dificulten las relaciones sociales.

Gergen (1992:192-196) distingue tres etapas en la conciencia de la definición del *yo* moderno al posmoderno, que las relaciona con el desarrollo histórico, ideológico y social, de la última mitad de nuestro siglo. Se consideraba al *yo* moderno como autónomo, con una identidad que lo hacía único. En la transición del modernismo, comenzaron a verse las influencias sociales sobre la conducta y pensamiento del individuo, lo que fue debilitando el concepto de autonomía y control, y se comenzó a hablar de la sujetación social que influía en los roles que se asumían, y que proporcionaba ciertos beneficios sociales. Gergen llama a esta etapa de conciencia en la construcción del *yo*, la *manipulación estratégica*. La segunda etapa la nombra de la *personalidad pastiche* en la que el individuo, consciente de ser manipulado socialmente, se construye a sí mismo a partir de un collage de determinantes sociales: lenguaje, formas de ser, vestir, pensar, que hablen de él con historias de identidades socialmente aceptadas. La tercera etapa es para Gergen (1992:202) del *yo relacional*, en la que se da "una transformación del *yo* y el *tú* en el *nosotros*". Se mira al *yo* a través de la interdependencia, donde las relaciones son las que lo construyen.

Considero que la aportación de Gergen sobre las etapas del *yo*, debe pensarse más bien como diferentes facetas del *yo*, que

coexisten actualmente, en forma circular, pudiendo predominar una sobre otra en diferentes momentos. Y es precisamente el riesgo de la "personalidad pastiche" o de identidades ambiguas, lo que me parece fundamental de atender en el sistema terapéutico. Podría generarse, en un extremo, un sentido sobre sí mismo y los otros de "como si", donde más que situaciones hipotéticas de posibles realidades construidas a partir del proceso de imaginarlas, que abran nuevas formas de ser, generen espacios ambiguos de interacción en la relación familiar. Se desarrollarían entonces lo que denomino "relaciones vituales".La ambigüedad podría hacer hablar de uno mismo o de los otros de una manera difusa, en la que uno se narra "como si estuviera contento o como si fuera potente, triunfador o fracasado; como si estuviera involucrado o conmovido", y en otro canal de comunicación se lo negara. Pareciera como si se hablara para "tantear el camino", buscando que la historia de sí mismo, sea confirmada a través de la mirada del otro que refleje lo socialmente aceptado. Estas "simulaciones de historias" son favorecidas también por los medios de comunicación, al presentar modelos ideales de identidad: el exitoso, lo masculino, lo femenino, lo sensual; el buen padre, la buena madre, la homosexualidad aceptada, el ideal de familia.

Sería importante buscar una integración relacional en la que se puedan distinguir las identidades individuales y grupales (los *nos-otros* incorporados en los *yos*, y nuestras historias —los *nosotros*—). Es importante trabajar en los procesos de diferenciación y de integración de historias entre los individuos, a través de nuestras conversaciones. (Corigliano,1990)

Reflexiones sobre algunas identidades en el sistema terapéutico

La ambigüedad también puede caracterizar a la identidad del/a terapeuta, en cuanto a su propia visión conceptual, en la que peligra pasar de una flexibilidad teórica a asumir un conjunto de visiones conceptuales diversas, haciéndose un collage conceptual, donde lo integrativo puede llevarlo a lo ecléctico y de allí a lo ambiguo. Por otra parte, el desconocimiento o no reconocimiento de sus diversas

identidades, y las construcciones actuales que hace de ellas, puede debilitar la riqueza de la interdependencia relacional en el sistema terapéutico, en el cual la transformación no sólo se da con los consultantes, sino también en el/a terapeuta mismo/a.

La complejidad del mundo posmoderno, a fin de siglo, se refleja también al observar la diversidad de roles y funciones al interior de la familia. Podemos considerar que, hasta finales de los años 60, al menos a nivel ideológico y cultural, había una "división de funciones", se hablaba de la "diferencia de los sexos", de lo femenino como diferente de lo masculino, como si fueran opuestos, como también se los relacionaba como opuestos con conceptos tales como actividad y pasividad (la literatura psicoanalítica nos aporta numerosos ejemplos que ligan lo femenino a la pasividad y receptividad, lo masculino a la actividad y agresividad). Tales definiciones tan claramente demarcadas, definiciones polares, del tipo o ... o reflejan su incongruencia en la actualidad.

Al interior de la familia, los roles tradicionales de padre y madre, hombre y mujer, se han complejizado, ya no son tan clara y polarmente descritos en la ideología familiar. Gracias al movimiento feminista, los hombres encontraron socialmente aceptable la expresión de su ternura en la familia, lo que permitió construir relaciones diversas. Las mujeres encontraron socialmente aceptable su desarrollo educativo y profesional, lo que favoreció que asumieran diferentes roles e identidades.

Actualmente, hombres y mujeres participan en una diversidad de trabajos posibles. Existen diversos espacios laborales que se ocupan indistintamente del género (aunque en muchos casos, el trato, condiciones de trabajo y remuneración suelen ser diferentes). En el caso de la mujer, se añade su rol ocupacional a su maternidad, aunque ésta a veces es pospuesta por participar en la fuerza laboral o bien integrada a su rol de madre.

Es frecuente encontrar en las familias a ambos padres activos laboralmente, como también que cada uno realice más de una actividad laboral (como un joven ejecutivo vociferaba a un señor que controlaba el estacionamiento en "su" cuadra con su trapo rojo

de franela y sus botes en la calle: "¡¡Quién te autorizó a estar controlando los coches!! A lo que él respondió "la necesidad, joven, la necesidad"). De hecho, se ha observado en las mujeres una diversidad de trabajos eventuales, para traer "su dinerito a casa", que resultan de una creatividad asombrosa, aunque refleja una problemática social ante las difíciles presiones económicas que viven la mayoría de los mexicanos. La necesidad de asumir cada uno de los jefes de familia, uno o dos trabajos, hace también que la familia nuclear conviva en espacios de tiempo reducidos.

En estratos socioeconómicos altos, se observa a la pareja de padres activos económicamente o desempeñando diversas funciones sociales o políticas, no siempre conectadas con una necesidad económica. La conciencia de desarrollo personal ha favorecido que las mujeres realicen otras actividades, de diferentes niveles de responsabilidad, además de sus roles tradicionales dentro de la familia, en estratos socioeconómicos medios y altos, aunque no exista en ellas una preocupación económica.

La historia de la participación económica de la mujer no es reciente. Desde mucho tiempo atrás, las mujeres han entrado en la fuerza laboral, por lo general de manera implícita. Las historias sobre trabajos creativos de mujeres de familia, que destacan al hombre como proveedor y cuentan de su actividad como colateral, secundaria, son antiguas (Cf. Lomnitz, 1975). Las mujeres en estos casos, por lo general en estratos socioeconómicos medio-bajo y bajo, suelen narrarse como "defendiéndose" (de las presiones socioeconómicas) encontrando "ayudas". Sin embargo, sus aportaciones suelen ser la base, o una base importante, del ingreso familiar. El hombre, en estos casos, suele confirmar estas historias, narrándose como el proveedor, aunque a veces sea inestable, muchas veces debido a la característica eventual de sus trabajos, con la inseguridad que estos conllevan. En estratos socioeconómicos medios, he observado a las mujeres definiéndose más a sí mismas, de acuerdo a la ocupación que desempeñan; en estos casos la pareja ha establecido una relación confirmatoria mutua de sus identidades profesionales, aunque han sido frecuentes los casos de las mujeres

solas en sistemas uniparentales —madres solteras por lo general, en los cuales es la familia extensa, particularmente la madre (abuela) quien la confirma en su identidad ocupacional. En otros casos, las mujeres, en actividades laborales o de desarrollo personal, hablan de sí en este rol de una manera periférica, secundaria, enfatizando el significado de realización personal, pero opacando su rol ante la identidad profesional del compañero.

Considero que al interior de la familia coexisten de manera no integrada, diferentes identidades tradicionales y modernas, con relación al ser hombre y mujer, padre y madre, lo que a veces las hace entrar en conflicto. Por lo general, actualmente los padres, ambos o uno de ellos, se presentan ante la familia con una diversidad de roles y funciones, particularmente laborales y sociales. Como modelos, ambos hijas e hijos de la actualidad, perciben esta diversidad de funciones y alternativas para la realización personal, la vida en pareja y familia, y las relaciones en general, desde dos canales, el tradicional y el moderno, que no siempre se integran y a veces se oponen.

Por otro lado, las narraciones que hacen los padres de sí mismos como tales, padre y madre, suelen ser confusas, inciertas. Tal vez la incertidumbre —estado relacionado con la visión posmoderna— se filtre en las diferentes capas sociales e individuales.

Las dificultades económicas y el clima de violencia e incertidumbre social en que viven, podrían incrementar la inseguridad de los padres. Es frecuente encontrarlos temerosos por perder su trabajo o sintiéndose impotentes ante un fracaso económico o pérdida laboral; el miedo a la violencia social influye en su sobreprotección a los hijos o bien la reacción contraria: el *laissez faire*. Por lo general, tratan de mantener ante la familia alguna estabilidad, a veces a través de estructurarse rígidamente. Otras veces su sensación de incapacidad los lleva a declararse autoridades no aptas para su familia, soltando toda idea de control o disciplina. Los hijos, también sujetos a la influencia de sus otros significativos —en mucho influidos por los modelos ideales que marca la ideología dominante— estructuran sus propias historias con base en definir la diferencia

hacia sus padres y su semejanza con los modelos ideales marcados ("personalidad pastiche"). He encontrado sin embargo, que en estos casos, particularmente observados en hijos adolescentes o jóvenes adultos, también buscan estructurar sus historias con relación a la generación que antecede a los padres, especialmente los abuelos y tíos. El rescatar todas estas voces y construir historias diferentes es un desafío al/a terapeuta y a la vez una posibilidad de cambio.

En los casos de familias con niños pequeños, el hablar sobre las historias ocupacionales de los padres, así como de las identidades de género, y de los roles de padre y madre, ha favorecido la posibilidad de establecer límites más claros en el manejo de los hijos. Pareciera como si al narrarse a partir de estos temas, pudieran describirse más cómodamente de acuerdo a su propia definición de autoridad en la familia.

A los factores socioeconómicos e ideológicos, como los que hemos analizado, se añaden los de la historia personal y familiar de los individuos, además de su dinámica interna. Todo ello influye en las historias que narran sobre sí mismos los miembros de una familia.

Identidades tales como del alcohólico, drogadicto o con problemas de alimentación, y del codependiente, han surgido del avance del trabajo terapéutico de este siglo, aunque siempre hayan existido. Su designación ha permitido su abordaje. Entre las familias se les ha cosificado, narrándose los miembros de la familia a partir de esta identidad, que también se ha confirmado en la esfera terapéutica (se habla de familias alcohólicas, por ejemplo). Aunque estas definiciones se han dirigido a caracterizar los sistemas de relación que subyacen y mantienen el problema, las familias o algunos de sus miembros construyen su identidad, con base en estos conceptos diagnósticos, que representan un filtro cognitivo y afectivo para interpretarse a sí mismos y a los demás. La posibilidad de narrar estas historias de otra manera a través de la autoreflexión y la interacción, en la conversación terapéutica, puede favorecer la construcción de nuevas identidades no definidas como problemas. Para la familia, el problema del otro representa mucho de lo temido y rechazado en sí mismos y en la familia toda.

Es frecuente que el paciente identificado represente además en su propia historia, un dilema no resuelto en una generación anterior, que condensa a través de asumir una identidad, las voces y conflictos de varias generaciones anteriores (Cf. Kerr y Bowen, 1988; Andolfi y Angelo, 1990). Andolfi y Angelo entienden "los comportamientos actuales como metáforas relacionales o como señales indirectas de necesidades e implicaciones emocionales del pasado, que encuentran un espacio y un tiempo para manifestarse en forma concreta en las relaciones presentes." Y los autores se plantean como problema el "saber de qué modo cada uno hace "suyas" necesidades inexpresadas de los otros, y busca no sólo definir sus caracteres sino también hacerse agente de su satisfacción". (1990:170)

Por ejemplo, un problema de lealtades e infidelidades del padre-abuelo, ligado a su alcoholismo que se mantuvo secreto, con la complicidad reticente de la hija, madre actualmente del joven adicto. En este caso, la historia familiar (desde la generación anterior), podía ser hablada a partir de este joven adicto (tercera generación), con la posibilidad de los padres (segunda generación) de castigar sus mentiras y deslealtades (aspectos que la madre del joven, cuando niña, debió callar y avalar en relación a su propio padre), aspectos desaprobados por la familia en sus distintas generaciones. Posteriormente al descubrimiento público de la adicción del joven, comenzó a hablarse del alcoholismo del tío materno y luego el del abuelo, realmente conocido por todos. Para las hermanas menores del joven, él representaba lo temido y a la vez lo sobre-atendido por parte de los padres; se sentían desatendidas y con la responsabilidad de vigilar al hermano, considerándolo un deber como mujeres, ya que su madre cuidaba de su esposo y atendía al padre de ella (abuelo) y a su hermano (tío) en sus enfermedades. En esta familia aparecía una clara división por género, entre los hombres (que presentaban historias de iniciativa y fuerza familiar y social) y las mujeres (que estudiosas y trabajadoras, sus historias hablaban principalmente de atender las enfermedades de los hombres). Parecía que la atención de las mujeres definía su fuerza

ante lo que se definía como la debilidad de los hombres: sus adicciones y enfermedades.

Construir otras historias alejadas de la idea de enfermedad e incapacidad, abrió un camino para ver quién se hacía responsable de sus propias cosas en la vida y cómo lo podía hacer sin que la idea de enfermedad o debilidad los aplastara en su incapacidad. Cómo ubicaba cada uno su fuerza y las formas como la podría amplificar. Nuestras conversaciones se dirigían hacia formas y momentos extraordinarios en los que nos habíamos sentido fuertes, manejándonos frente a la impotencia que generaba sentirse enfermos (varios miembros de la familia tenían enfermedades gástricas crónicas) o forzados a someterse a una voluntad ajena. La conexión como terapeuta, con mi propia impotencia ante la problemática familiar, permitía, además de una relación empática, una reflexión común que a todos nos servía. Sus historias melancólicas sobre la enfermedad y sus debilidades, confirmadas por toda la familia, me hacían sentir débil e impotente en el sistema terapéutico, lo que me desafiaba a reflexionar en voz alta sobre alguna excepción que me significara algún sentido de fortaleza en la sesión, en mí o en los otros.

El abuso (sexual, físico, emocional, social) determina identidades, influye sobre las historias de sí mismo que elaboran las familias y que he encontrado como un hilo conductor de devaluación y autodevaluación en numerosos casos. Los individuos víctimas de abuso suelen establecer historias dicotómicas entre abusados y abusadores, víctimas y victimarios, que tienden a asignar una identidad no sólo individual sino familiar que se puede reproducir en las siguientes generaciones. Por ejemplo, el caso de una familia cuyo padre había muerto recientemente, víctima de una enfermedad mal diagnosticada por una institución pública, la misma que no permitió al hijo preadolescente ver a su padre desde que ingresó al hospital y despedirse de él antes de su muerte, ya prevista por los médicos. La madre había sido abusada sexualmente por su propio padre, al igual que las hermanas "pues todas eran mujeres", ante la aquiescencia de la madre (abuela), quien tachó de falsas las comunicaciones que recibió de su hija (madre de la familia atendida) sobre el abuso.

La familia atendida, formada por madre, hija biológica adolescente e hijo adoptivo preadolescente, construyen una de sus identidades principales como seres abusados, particularmente del exterior, y al interior de su espacio familiar alternan entre sentirse abusivos y abusados. Para la madre, el sentirse víctima de abuso sexual y físico lo relaciona con percibirse incapaz como madre pues desconoce lo que necesita hacer (el padre fallecido había cubierto funciones paternas y maternas básicas en la crianza de los hijos). La madre sentía un fuerte enojo hacia la figura materna, a quien veía como incapaz de proteger a los hijos, sino más aún, peligrosa por su agresión hacia ellos; en relación con los elementos femeninos, éstos eran vistos como peligrosos, deseados y temidos.

La madre se percibía a sí misma como una mujer abandonada, violada y humillada, conceptos fundamentales en la cosmovisión de ambos hijos. El hijo —adoptivo— fue abandonado por su madre biológica, que "se tenía que deshacer de él", y se vivía abandonado (ahora por el padre), humillado por los compañeros y familiares. La hija mayor mostraba actitudes agresivas hacia la sociedad, a quien identificaba como abusadora —y lo confirmaba con su reciente experiencia institucional con papá— y hacia sí misma como mujer, adoptando conductas riesgosas en relación con su sexualidad e integridad física. Su comportamiento solía confirmarle situaciones de abuso con amigos y en el trabajo.

Además del trabajo terapéutico del duelo y la violencia como hilos conductores, trabajamos en la construcción de otras identidades de sí mismos como madre, hombre y mujer, que generaran un sentido de *empowerment*, de sentirse de alguna manera capaces ante la vida, con la posibilidad de dar y de darse afecto y protección. Este caso, visto en coterapia y con un equipo clínico en IFAC, permitió un diálogo abierto entre las coterapeutas en la sesión sobre nuestras diferentes definiciones de ser mujer (que vivimos además distintos momentos del ciclo vital) así como del equipo terapéutico sobre sus visiones e historias del ser hombre y mujer, lo que resonó tanto en la familia como subsistema terapéutico, como en nosotros como individuos.

Como parte de la identidad como familia abusada, aparecía el concepto sobre protección, ligado al vivirse impotentes y desprotegidos, así como sintiéndose con la incapacidad de proteger al otro. Este elemento resonó en nosotras terapeutas, que en ocasiones críticas nos sentíamos desprotegidas o abandonadas por el equipo.

En mi práctica clínica he encontrado casos frecuentes de búsqueda de una firme identidad religiosa. Considero que actualmente el fortalecimiento de los movimientos religiosos, dentro de las religiones principales, o de sectas, se ha favorecido en parte por la búsqueda de una mayor certidumbre en este mundo tan diverso y a veces tan incierto. En muchos casos he observado la elección religiosa como una salida (socialmente aceptada) al caos y a la locura, que a través de una exacerbación de los rituales y la fe religiosa, proporcionan a individuos y familias una fuerte identidad y una estructura de certidumbre ante los cambios y la inseguridad que viven. Aparece en estos casos la identidad religiosa, no sólo como internalizando un sistema de ideas del mundo y preceptos morales, sino por sobre todo como la pertenencia a una comunidad que dictamina lo socialmente aceptable de lo que no lo es. Surgen figuras significativas: además de la comunidad religiosa, el líder religioso, como figura paterna y de autoridad, que validan las identidades de los padres, o de uno de ellos, en los casos en que es uno el que se adhiere fervientemente a la religión. Una fuerte identidad religiosa puede asumir una primacía tal en la ideología familiar o individual, que se puede volver el filtro principal de interpretación del mundo y de sí mismos. Puede polarizar relaciones, separando a los religiosos (de acuerdo a la propia definición de religiosidad) de los que no lo son. Llevado a un extremo, puede llegar a separar matrimonios o aún familias, buscando los religiosos formar una nueva familia, con su comunidad religiosa o con miembros de ella.

Discusión

En este trabajo he pretendido centrar nuestra atención sobre los procesos de formar historias sobre sí mismo y los otros, que tienen lugar en los individuos y en el sistema terapéutico —familia y

terapeuta—. Considero que estos procesos se constituyen en identidades que, como tales, representan un filtro de interpretación de sí mismo y los demás, y que determinan formas de relación.

Se analizaron algunas identidades, relacionándolas con el contexto socio-cultural actual y el pensamiento posmoderno. Considero importante ahondar en esta reflexión sobre lo que define al *yo* y al *otro*, así como lo que los liga. La conciencia en el/la terapeuta sobre sus identidades, puede favorecer el trabajo sobre sus resonancias (Elkaïm, 1989, 1998) con las subjetividades de los individuos con los que interactúa en terapia. Abstraernos de la definición que hacemos de nosotros mismos en relación a nuestro género, momento de vida, marco referencial, los contextos en los que interactuamos y que nos determinan, así como nuestras relaciones con los otros significativos, nos impide servirnos de esas convergencias con las singularidades de los otros, que entendemos porque resuenan con nuestras historias. Reflexionar sobre nuestras historias de vida, nos permite también curiosear sobre las diferencias que reconocemos en los otros y que con mayor razón necesitamos conocer.

Reconocer que son diferentes a nuestras identidades o similares, pero singulares, define caminos de comunicación sobre convergencias y divergencias, que a través de nuevas relaciones —las del/a terapeuta y los individuos en interacción— puede favorecer a la construcción de nuevas realidades, para el/a terapeuta y los individuos del sistema terapéutico. Me refiero a cambios en las visiones del/a terapeuta sobre sí mismo/a porque también sus propias visiones e historias se ven modificadas en el interactuar terapéutico.

El trabajo autoreflexivo del/a terapeuta con los individuos con los que interactúa influye en su concepción del *nos-otros*, los *otros* del sistema que resuenan en él (ella) y el deconstruir las voces del *nos* del/a/ terapeuta que resuenan en sus conversaciones con los consultantes. La posibilidad de reflexionar en voz alta o en su conversación interna (Andersen, 1996), puede abrir nuevos caminos para los consultantes y para el/a mismo/a terapeuta. El/a terapeuta tampoco es el/a mismo/a que era antes de una sesión con el sistema terapéutico. (Ceberio y Watzlawick, 1998)

Bibliografía

1. Andersen, Tom. "Reflexiones sobre la reflexión con familias" en Mc Namee, Sheila y Gergen, Kenneth J. *La terapia como construcción social*. Buenos Aires, Paidós, 1996:77-91.
2. Andolfi, Maurizio y Angelo, Claudio. *Tiempo y mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires, Paidós, 1989.
3. —. "El sistema terapéutico, el tercer planeta" en *La creación del sistema terapéutico*. Ackermans, Alain y Andolfi, Maurizio. Buenos Aires, Paidós, 1990: 164-182.
4. —. "Familia e individuo desde una perspectiva trigeneracional" en *La creación del sistema terapéutico*. Alain Ackermans y Andolfi, Maurizio. Buenos Aires, Paidós, 1990: 227-241.
5. Berger, Peter y Luckman, Thomas. *La construcción de la realidad social*. Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
6. Ceberio, Marcelo R. y Watzlawick, Paul. *La construcción del universo*. Barcelona, Herder, 1998.
7. Corigliano, Nicoló A.M. "La relación terapéutica en terapia familiar" en Ackerman, Alain y Andolfi, Maurizio *La creación del sistema terapéutico*. Buenos Aires, Paidós, 1990:205-226.
8. Elkaïm, Mony. *Si me amas no me ames*. Buenos Aires, Gedisa. 1989.
9. — (compilador). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona, Paidós, 1998.
10. Fortes, Jacqueline y Lomnitz, Larissa. *La formación del científico en México. Adquiriendo una nueva identidad*. México, Siglo XXI Editores, 1991.
11. Fried Schnitman, Dora y Fuks, Saúl I. "Metáforas del cambio: terapia y proceso" y "Reflexiones de cierre. Diálogos, certezas e interrogantes" en Fried Schnitman, Dora *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires, Paidós, 1994.
12. Fried Schnitman, Dora. "Hacia una terapia de lo emergente: Construcción, complejidad, novedad" en *La terapia como construcción social*. Mc Namee, Sheila y Gergen, Kenneth J. Barcelona, Paidós, 1996: 254-274.
13. Foucault, Michele. *Power/Knowledge. Interviews and other writings*. New York, Pantheon Books, 1980.
14. Gergen, Kenneth J. *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, Paidós, 1996.
15. —. *El Yo Saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Buenos Aires, Paidós, 1992.

16. Knorr-Cetina, Karin D. *The Manufacture of Knowledge*. Oxford, Pergamon, 1981.
17. Knorr-Cetina, Karin D. y Mulkay, Michael. *Science Observed*. Beverly Hills, Ca, Sage, 1981.
18. Kuhn, Thomas S. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago, University of California Press, 1962.
19. —. *The Essential Tension*. Chicago, University of California Press, 1977.
20. Lax, William D. "Narrativa, construccionismo social y budismo" en *Construcciones de la Experiencia Humana*, Vol. II. Pakman, Marcelo (compilador). Barcelona, Gedisa, 1997:147-171.
21. Latour, Bruno y Woolgar, Steven. *Laboratory Life: The social construction of scientific facts*. Beverly Hills, Ca, Sage, 1979.
22. Levinas, Emmanuel. *El tiempo y el Otro*. Barcelona, Paidós, 1993.
23. Lomnitz, Larissa A. *Cómo sobreviven los marginados*. México, Siglo XXI Editores, 1975.
24. Maturana, Humberto. "La ciencia y la vida cotidiana: la ontología de las explicaciones científicas" en Watzlawick, Paul y Krieg, Peter (comps.) *El ojo del observador*. Barcelona, Gedisa, 1994:157-194.
25. Merton, Robert K. *The Sociology of Science*. University of Chicago Press, 1973. (1942, primera edición.)
26. Mitroff, I. *The Subjective Side of Science*. Amsterdam, Elsevier, 1974.
27. Penn, Peggy. "Violencia e Identidad Sexual" en Elkaïm, Mony (compilador) *La terapia familiar en transformación*. Barcelona, Paidós, 1998:75-78.
28. Watzlawick, Paul y Krieg, Peter (comps.) *El ojo del observador*. Barcelona, Gedisa, 1994.

El papel de la terapia familiar en el tratamiento del adolescente

Jorge Pérez Alarcón *

El objetivo de este trabajo es mostrar la forma en que la terapia familiar incide en el trabajo terapéutico con adolescentes. Para aquellos lectores que no están relacionados con el campo de la Terapia Familiar, es importante hacer notar que ésta no se refiere específicamente a intervenciones con la familia en el consultorio, sino a una concepción del trabajo en psicoterapia en la que a partir de la comprensión del sistema familiar se han desarrollado una variedad de modalidades de intervención, tanto con el grupo familiar como con el individuo. Hoy, la mayor parte de los terapeutas familiares no definimos nuestro trabajo por el número de miembros de la familia que asisten a una sesión, sino por la forma de entender la problemática de una familia o individuo. ¿Es la terapia familiar una modalidad para trabajar con adolescentes o sólo para los problemas familiares de los adolescentes? ¿Todos los problemas del adolescente son familiares o existen problemas del adolescente que no tienen nada que ver con la familia? ¿Hay problemáticas adolescentes en las que se pueda dejar fuera a la familia? La revisión de estas preguntas nos coloca en una situación donde las respuestas afirmativas y negativas existen simultáneamente. ¿Quiere esto decir que no tenemos una respuesta clara, o que estamos ante un problema

* Psicólogo, Terapeuta Familiar. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia. Universidad Autónoma Metropolitana.

mal planteado? Separar la individualidad de los procesos de interacción es simplemente una limitación en la comprensión de un problema; entenderla como parte de los sistemas humanos nos permite acercarnos de un modo más amplio a esa realidad, y a la vez evitar intervenciones terapéuticas que amplifiquen el problema. "Las estrategias de intervención que no contemplan debidamente la patología de los problemas que procuran modificar, contribuyen a engendrar órdenes más altos de patología". (Keeney 91, p.208)

¿Cuál ha sido el papel de la terapia familiar en el trabajo con adolescentes?

En las siguientes líneas trato de recuperar algunas de las aportaciones surgidas durante el desarrollo de la terapia familiar. Sobra decir que en cada uno de ellos se han creado una variedad de modelos y de técnicas de intervención, mismas que no detallaré en este escrito. Al finalizar comentaré algunas sugerencias prácticas para el trabajo con adolescentes derivadas de la práctica de la terapia familiar.

El conflicto del adolescente va más allá de su estructura psíquica

La comprensión de la adolescencia definió las características de una etapa en la vida del individuo, permitiendo entender distintos comportamientos más allá de los parámetros del ajuste social o del desarrollo de procesos psicopatológicos. Los enfoques psicodinámicos aportaron un análisis del mundo interno del adolescente y de la forma en que se incorpora a su entorno social. Gracias a esto entendimos que la adolescencia es una etapa eminentemente difícil debido a la reactivación de conflictos infantiles, a la evolución en los procesos de elección objetal, a los procesos de individuación, al desarrollo de la identidad, etc. Algunos de sus planteamientos fueron convirtiéndose en un saber común, de modo que se estableció una relación entre adolescencia y crisis. La comprensión psicoanalítica abrió nuevas formas de entender lo que el adolescente enfrenta y desde aquí, nuevas perspectivas terapéuticas.

El surgimiento de la terapia familiar nos permitió ir mas allá de las explicaciones centradas en el psique del adolescente, ampliamente desarrolladas por los enfoques psicodinámicos. Su conflictiva comenzó a entenderse en función de los contextos en los que se desenvolvía. Ciertamente ya existían posiciones que desde la psicología del Yo y los marcos culturalistas hablaban de esos contextos. La aportación de la terapia familiar radicó en conceptualizar la forma en que se daban las interacciones de los individuos en el sistema familiar. Este contexto regula las relaciones del adolescente y le facilita o restringe sus posibilidades de desarrollo. Se comenzó a hablar de pacientes identificados, de familias sintomáticas, de síntomas en función de las características de la estructura familiar, etc. La crisis del adolescente dejo de verse como algo exclusivo de su mundo interno y pasó a entenderse en función de la organización familiar.

Ejemplifiquemos estas afirmaciones.

> M., una adolescente de 14 años, comienza a desarrollar una ansiedad creciente que se expresa en problemas gástricos, pérdida del apetito, sensación de falta de aire, mareos, etc. El examen médico descarta factores orgánicos y es referida a psicoterapia. El análisis de M. como individuo nos permite detectar problemas relacionados con el abandono de su padre, una vieja rivalidad con la madre reactivada en la relación con la nueva esposa del padre, experiencias amenazantes derivadas de viejos juegos de seducción por su tío, una intensa actividad de seducción y agresión hacia la figura masculina, etc. Todo esto acompañado de un importante proceso de maduración sexual y de alteraciones en el carácter con rasgos correspondientes al inicio de la adolescencia. ¿Es esto suficiente para conformar la problemática de M.? Desde el punto de vista de la Terapia Familiar esta conflictiva existe pero se organiza y reactiva a través de los procesos de interacción en el presente. La historia, más que un factor que determina pasa a considerarse como un elemento que se incluye en la dinámica de un sistema de interacciones. Encontramos que M. era utilizada como un elemento de comunicación en la pareja de padres divorciados. Las amenazas constantes del padre a la madre relacionadas con quitarle la casa y la cancelación de la pensión económica bajo el discurso de "mi problema es con ella, no contigo", así como la convivencia con una madre instalada en un patrón de

sufrimiento e invitación constante al padre para un enfrentamiento, colocaban a M. en una posición indescifrable. Trabajar con el mundo interno sin intervenir en este proceso de relación terminaría perpetuando ineludiblemente la crisis de M.

Los puntos vulnerables del sujeto existen y las historias del desarrollo son las encargadas de conformarlos. La adolescencia es un momento crítico para su reaparición, pero también es una oportunidad para fortalecer los procesos internos a través de procesos de interacción flexibles y protectores.

R., una adolescente de 17 años, vivió una fuerte crisis de divorcio de sus padres acompañada de procesos de violencia. Aprendió a ser más violenta que los violentos. Enfrentaba al padre como un enemigo que debía ser destruido. La crisis familiar terminó con el arreglo legal del divorcio y nuevas parejas de los padres. En ella, con un intenso cuadro de anorexia y bulimia. Entonces enferma y guarda en riguroso secreto su problema. La pérdida de peso se hace cada vez más evidente, ella no dice nada, los padres no preguntan nada. Se llega al límite debido a las manifestaciones de debilidad que presenta. En su historia personal hay una sensación de ser desplazada por el hermano, de no existir. La crisis expresa con exactitud la vivencia de desplazamiento y sus asociaciones con la muerte. Pero se requiere de algo más: una estructura familiar que le asigna la tarea de control de los padres, de su violencia, de dique en una batalla sin fin, así como la experiencia de soledad y traición, semejante a aquella que le queda al combatiente que defendió a su ejército y luego fue abandonado por él.

No fue sino hasta el momento de mayor crisis cuando a través de la terapia se modificó el papel parental de R. Una nueva relación en la familia le permite una nueva oportunidad para manejar sus viejas sensaciones, cuando el puesto de combatiente y defensor ya no tiene sentido en la estructura familiar. R. tardó en permitir la intervención del terapeuta en su relación con la madre. Muchos meses probó que no sería traicionada pidiéndole absoluto silencio. Pero el cuadro se mantenía y el riesgo aumentaba. Finalmente accedió a sesiones con la madre. Sólo con esta intervención se pudo trabajar en la relación madre-hija y en organizar un subsistema de mujeres en la familia

alejado de patrones de violencia. ¿Qué hubiera sucedido si la visión terapéutica se centrara sólo en el interior de R.? No creo en las soluciones únicas, pero indudablemente el riesgo de volverse cómplice de la enfermedad hubiera estado presente.

Pensar que el conflicto, o en su caso, la patología, está mas allá del individuo, permitió desarrollar modelos de intervención centrados en la organización del sistema. Destacan, entre otras, las intervenciones orientadas a la reorganización de la estructura familiar y las orientadas a la intervención en los procesos de comunicación. Cambiar el lugar del paciente en la estructura o en las secuencias comunicacionales resultó de gran utilidad para liberarlo del síntoma.

Es importante destacar la influencia de los estudios sobre el ciclo vital. A pesar de que pronto quedó claro que este estaba sujeto a factores de índole social y cultural, la adolescencia se mantuvo generalmente identificada como una etapa de cambio y transformación, y por lo mismo, de crisis. Pero pronto empezó a entenderse que la crisis era del sistema. Se habló de conceptos como "crisis paralelas", aludiendo a la crisis de la adolescencia y de la edad madura como fenómenos interelacionados. Como ejemplo puede observarse la estrecha relación entre los procesos adolescentes y las rupturas dentro del sistema familiar.

En todas estas orientaciones el terapeuta se asumía como un experto en el sistema. Se diseñaron estrategias para intervenir eficazmente en las distintas problemáticas. En los años 70s la escuela de Milán trabajaba intensamente buscando la relación entre síntomas y modelos de organización familiar. La hipótesis sistémica, para ser eficaz, debería corresponder a la organización del sistema. La valía de todos estos planteamientos era enorme, mas un cuestionamiento apareció con el tiempo ¿dónde quedó la voz del adolescente? En la terapia los parámetros los daba el terapeuta y la funcionalidad familiar, pero, ¿cómo trabajar con una visión sistémica sin limitar las voces adolescentes a parámetros de funcionalidad? La respuesta vino desde la epistemología. La doble cibernética

habría de conceptualizar otras formas de ver al terapeuta, a la familia, al paciente y al proceso terapéutico.

La voz del adolescente y de su familia en el proceso terapéutico

Durante varias décadas la terapia familiar estuvo regida por la premisa: el sistema crea el problema. Nuevas concepciones surgieron en los últimos años. Destaca el replanteamiento del papel del observador en el sistema observado: de un terapeuta ajeno al sistema se pasa a entenderlo como alguien inserto en el sistema. "¿Quién es el camaleón en la terapia?", diría Keeney (91, p.192). Los sistemas dejan de entenderse como una relación entre tendencias al cambio vs estabilidad, y pasan a definirse como organizaciones que se autoregulan y que son definidas desde lo que el sistema es. Las interacciones no son únicamente procesos de comunicación, sino una forma de organización del proceso de conocimiento. El lenguaje es recuperado en la Terapia Familiar como una forma de organización y representación del mundo.

La inclusión del lenguaje en los procesos terapéuticos con adolescentes abre una posibilidad enorme de entender la forma en que construyen una realidad y el cómo se mueven dentro de ella. Nadie más contundente que un adolescente para mostrar otras formas de leer el mundo, de entender las problemáticas familiares, de llevar a casa nuevas experiencias. Más allá de la funcionalidad y del síntoma está una construcción social de la realidad, que requiere, desde mi punto de vista, encontrar formas de coexistir con la organización familiar.

Boscolo y Cecchin hablaron de "sistemas significativos alrededor del problema", Goolishan y Anderson de "sistemas determinados por el problema", Lyn Hoffman de "sistemas formados por una conversación sobre el problema" (1989, p.45).

¿Cuántas realidades adolescentes están sujetas a formas de entendimiento que no posibilitan sino posiciones encontradas? ¿Cuántas posiciones radicales en la adolescencia no son sino la contraparte de lecturas limitantes de la realidad por parte del adulto?

El lenguaje se convierte en un concepto con una riqueza de posibilidades dentro de la teoría sistémica. Sistemas y lenguajes, dos realidades del individuo que no deben plantearse como dos posiciones separadas.

> G. es una joven de 19 años, estudiante de fotografía. Durante muchos años su relación familiar y social partió de una devaluación derivada de su historia de fracaso escolar. Problemas relacionados con lo que hoy se denomina trastorno por déficit de atención le impidieron un desarrollo escolar adecuado. Cuando a los 17 años es diagnosticada con este trastorno manifiesta sentir una liberación; "tenía algo, no era yo la que estaba mal". Paradójicamente una categoría diagnóstica la libera de otras más violentas y generales. Posteriormente ingresa a estudiar fotografía. El manejo familiar continúa siendo devaluatorio: "como no pudo con la universidad". El proceso terapéutico retoma sus fotografías, lo que ve y mira en ellas, sus semejanzas con otros artistas, su forma de entender las realidades que capta. Múltiples detalles observa en las personas que retrata, incorpora sus sensaciones, sus conceptos del mundo, y los plasma en magníficas imágenes. Para dar paso a una nueva fotografía de sí misma es necesario desarmar viejas definiciones, avaladas por su familia y su entorno.

> D., un adolescente de 17 años solicita terapia. Tiene un temor de verse en espejos o vidrios que reflejen su imagen. Cuando esto sucede experimenta la sensación de fragmentarse. En casa se habla técnicamente, especulan sobre la psicosis. En terapia desarmamos la imagen del espejo. Los fragmentos que se miran pasan a ser distintas manifestaciones, una suyas y otras impuestas. La finalidad es elegir aquellos fragmentos que le corresponden. Luego nos encaminamos a su pasión por la música, a su deseo de ser compositor. Meses más tarde hay una estrategia para coexistir con el espejo, pero sobre todo, hay una visión de sí mismo que se empieza a explicar a través de sus primeras composiciones. En la terapia leía sus primeras obras, las notas eran un lenguaje para expresar una realidad y desde ahí buscar nuevas definiciones.

En muchos casos el terapeuta se encuentra ante la tarea de colaborar

con el adolescente y su familia como un traductor. Pero esta función sólo vale si ambas partes desconstruyen sus lecturas de los problemas y externalizan realidades, muchas veces impuestas y en las que nadie puede moverse. Esto último puede incluir al terapeuta. La desconstrucción de las problemáticas adolescentes es una tarea que muestra al terapeuta realidades distintas a las que él vivió en su adolescencia; no son repeticiones de las vivencias que el adulto ya vivió, sino historias que en otros contextos requieren lecturas diferentes. Descubrirlas es todo un reto. Si comparamos los 60s y los 90s, ¿podemos pensar que se consume la misma droga, que existe la misma incertidumbre sobre el futuro, la misma apertura con la sexualidad? Excluir al contexto sólo nos puede llevar a respuestas estereotipadas.

Para esto debemos convencernos que la voz del adolescente no es un sinónimo de crisis. Mientras así lo veamos terminaremos experimentando invariablemente la sensación de que la terapia se convierte en un proceso que se cierra bajo una sola definición. Podemos mirar al adolescente como alguien que experimenta y construye nuevas formas de ver la vida y que a través de esto busca nuevas definiciones del sí mismo que implican necesariamente a su grupo familiar, y entender al terapeuta como alguien que busca nuevas formas de mirar al adolescente. "¿Es el terapeuta un espejo activo, que contribuye a liberar los propios recursos del sistema perturbado para marcar con ellos el rumbo de la terapia? ¿Es el cliente un espejo activo que contribuye a liberar al terapeuta para que éste pueda construir una transforma útil?" (Keeney 91, p.192).

Hacia modelos integradores en la terapia con adolescentes

La práctica de la psicoterapia podría dividirse en dos grandes grupos: aquellas prácticas en las que se trabaja para la problemática del paciente, y aquellas en las que el paciente trabaja para acoplarse al modelo teórico del terapeuta. Indudablemente es la primera de ellas a la que todo proceso terapéutico debe aspirar, pero es frecuente que en el desarrollo de un modelo terapéutico los esfuerzos parezcan orientados a utilizar al paciente para confirmar el valor de la teoría,

dándose una especie de fundamentalismo conceptual que no puede ser trastocado en una intervención clínica o académica. Desde mi punto de vista, la madurez de una teoría comienza a darse cuando es capaz de complementarse con otros modelos. Esto implica problemas de carácter teórico y metodológico que requieren un trabajo en un nivel epistemológico para poder integrarse en una práctica.

La terapia familiar puede ofrecer alternativas valiosas para el trabajo con adolescentes sin caer en la necesidad de excluir las aportaciones de otras teorías. Un planteamiento interesante es el que hace Ch. Fishman, al proponer que el trabajo con adolescentes se haga desde un modelo cuatridimensional en el que se contemplen las presiones evolutivas en la vida del paciente (tareas del desarrollo con las que la familia se enfrenta), la historia del sistema, tanto a nivel familiar como individual, la estructura de la familia, lo que abarca la organización y demarcación del sistema terapéutico, y el proceso terapéutico, incluyendo aquí la búsqueda de patrones de interacción en el sistema. (Fishman 90, pp.30-33)

Si observamos estas categorías resulta especialmente interesante cómo el autor incluye la dimensión individual y familiar, la historia y el presente, al terapeuta y a la familia, a la estructura y a su evolución. No es necesario elegir, sino integrar.

Desde mi visión personal, el trabajo con adolescentes puede ofrecer una excelente posibilidad de integración a través del concepto de self. Este puede entenderse como la integración y representación de la experiencia de uno mismo y, de uno mismo y el mundo con el que interactúa. Abarca varios niveles que posibilitan una integración de diferentes explicaciones y posiciones terapéuticas

a) El self implica básicamente un principio de *integración*. La construcción del self, a nivel de desarrollo individual, deriva de la capacidad del sujeto de mirarse a sí mismo de un modo diferenciado, bajo una experiencia de unicidad. Si en el proceso de desarrollo se da una destrucción de los elementos integradores de la personalidad del sujeto, debido a experiencias de violencia, carenciales o profundamente ambivalentes, se fragmenta la posibilidad de la persona para experimentarse a sí misma de un

modo integrado y totalizador. Esto puede observarse en un nivel extremo en el desarrollo de las psicosis. Este nivel de análisis nos permite trabajar desde el mundo interno del sujeto.

b) El self se construye a partir de procesos de *inclusión-diferenciación*. No es posible desarrollar una imagen del sí mismo si no se forma parte de un sistema que a la vez permita diferenciarse del mismo. Sin embargo, es frecuente que estos sistemas generen reglas que impiden esa diferenciación. ¿Qué tanto la familia permite al adolescente separarse, distinguirse e individualizarse sin que esto implique una ruptura con la relación familiar, o qué posibilidades de inclusión en el sistema familiar tiene un adolescente con proyectos propios y elecciones independientes? El trabajo con el sistema familiar cobra aquí una importancia de gran magnitud.

c) El self, al constituirse como una *representación*, se convierte en un constructo indisociable del lenguaje. Este configura un sistema de representaciones y a la vez se convierte en el vehículo por el cual se hace presente en el entorno social. El self se incluye en un texto que precede al sujeto, mismo que marca patrones de interacción. Este mundo de historias y lecturas de la realidad (el guión), es a su vez transformado a través de la riqueza de interacciones del sujeto.Esto implica que el trabajo con adolescentes requiere entender el texto en el que ellos actúan, la forma en que lo transforman, y en general, el mundo de construcciones sociales mediante las cuales representan su estar y actuar en el mundo. Las aportaciones narrativas nos ofrecen una herramienta importante para abordar este aspecto.

d) El self es finalmente una construcción social. No existe una representación del sí mismo que no forme parte de una representación grupal más amplia. El entorno social, los grupos y sus valores, los modelos sociales, los requerimientos de pertenencia, etc., nos obligan como terapeutas a trabajar con aquellas *redes* en las que el adolescente se inserta y que van más allá de su mundo interno, de su dinámica familiar y de sus explicaciones sobre la realidad. Estas redes frecuentemente imponen modos de estar y

entender la realidad que someten al adolescente a procesos extremadamente disfuncionales a cambio de una pertenencia social.

Trabajar con un modelo integrado alrededor del concepto de self nos permite pensar en el individuo en múltiples niveles sin necesidad de recurrir a dualidades que fragmenten el proceso terapéutico. Las teorías ofrecen elementos de trabajo, el clínico las integra en su trabajo diario.

Aportes para la intervención

Desde mi punto de vista, cada terapeuta desarrolla un modelo de intervención a partir de su experiencia terapéutica y de sus marcos conceptuales. Cualquier intervención requiere contemplar al self en sus múltiples niveles. Aquí, más que ofrecer un modelo, anoto algunas sugerencias que desde mi punto de vista podemos recuperar como aportes de la terapia familiar a la terapia con adolescentes.

a)El motivo de la consulta

Ya sea en entrevista individual o familiar, es de fundamental importancia que el adolescente pueda definir una necesidad o problema específico como objeto de la terapia. Si en una primera entrevista, poco dirigida, no se define este aspecto, se correrá el riesgo de que el adolescente viva la terapia como un requisito de los padres o de la escuela. El problema o necesidad pueden ser situaciones específicas de la vida del adolescente, aunque es frecuente que en una entrevista familiar no se plantee ninguna necesidad que a él le parezca necesario atender. Entonces puede recurrirse a algún objetivo concreto a alcanzar dentro de la terapia.

La idea no es realizar una intervención basada necesariamente en las técnicas de la terapia breve, sino contar con un elemento que funja como anclaje y como elemento contractual del adolescente con el proceso terapéutico. Un principio de autonomía se desprende de esta definición, ya que asume la necesidad de trabajar en sí mismo. "La terapia sólo es terapia cuando lo es desde un punto de vista contractual". (Efran, J. et al. 1994, p.160)

b) El problema no es el problema

Es importante recordar que el problema está organizado dentro de un sistema de pautas de interacción, y que a la vez puede desconstruirse y externalizarse, de tal modo que se coloque fuera de la persona permitiéndole escapar y pasar, como diría White (94, p.52) "de la condición de ser un pasajero de la vida a la sensación de ser uno capaz de desempeñar un papel activo".

c) Trabajar con diferencias

Uno de los aspectos que más puede aportar al trabajo terapéutico con adolescentes es partir de una diferencia entre lo problemático y lo no problemático. Explorar este segundo aspecto posibilita nuevas formas de verse a sí mismo y a sí mismo en su entorno. Es en estas áreas no problemáticas donde frecuentemente encontramos recursos, pasiones, ideales, habilidades, etc., que pueden llegar a ser el verdadero organizador de la terapia y de la vida del paciente. Todos hemos encontrado adolescentes que a través de la poesía, la música, el deporte, el trabajo comunitario, etc., desarrollan un lenguaje que les permite mirar y mirarse de un modo más libre que el del problema planteado. Me parece que una terapia que no utilice el tiempo para trabajar con los recursos y metas del adolescente simplemente contribuye a definir su imagen de un modo negativo y a incrementar el problema.

d) Evaluar la estructura interna del sujeto

Contar con una evaluación general de la organización interna del sujeto es un prerequisito para cualquier terapia. Me parece que si esto no se realiza el terapeuta no puede graduar la intensidad de sus intervenciones, frecuentemente muy confrontativas en los enfoques sistémicos. Es necesario evaluar lo que puede pasar después de una intervención, lo que necesariamente incluye el nivel de tolerancia de cada paciente a las estrategias de cambio que se desarrollen en la terapia.

e) Trabajar bajo un esquema de contención

Muchos adolescentes conforman su imagen mediante enfrentamientos con su mundo externo. Es necesario probarse y probar al mundo. Es en estas experiencias donde el riesgo deja de ser un factor controlado. Esta prueba no sólo incluye nuevas experiencias o retos con cierto nivel de riesgo, sino confrontaciones personales que pueden llegar a adquirir un carácter destructivo. En este sentido el trabajo con el sistema posibilita estrategias más eficaces de contención. No es el terapeuta el encargado de contener al adolescente, sino el sistema, que frecuentemente utiliza su vulnerabilidad como elemento de liberación de otros conflictos.

Organizar al sistema como responsable de la contención del adolescente libera a cada uno de sus miembros por separado de una tarea que generalmente lleva una dosis de agresión, y evita que el terapeuta tenga que colocarse como el nuevo educador del adolescente. No es el padre o la madre los que deben poner límites, sino las reglas que el sistema tiene; ésta son las que realmente limitan las conductas adolescentes. Desde este punto de vista, ¿quién tiene el poder?

f) Preguntar por los significados.

Un principio de cualquier terapia es creerle al paciente. De otro modo el terapeuta se convierte en un juez que cataloga lo que es y no es verdad. Sin embargo, basta una etiqueta para que este principio desaparezca. En la intervención con adolescentes esto es muy común. Ante la pregunta ¿por qué lo hace? la respuesta más frecuente puede ser "porque es un adolescente". Aquí entramos en lo que Bateson denominó principios dormitivos. Anteponer la categoría de adolescente a cualquier explicación en la terapia con adolescentes es una especie de nulificación de la voz de nuestros clientes/pacientes.

Creer no quiere decir que las cosas sean exactamente como se dicen. Si pensamos en pautas y reglas, y en preguntas relacionadas con él ¿qué hiciste que eso sucedió? (en vez de ¿porqué te sucedió o porqué lo hiciste?), "podemos optar por pasar de una historia en

la cual el narrador es objeto y los otros sujetos, a una historia en la cual el narrador es agente y carga, por tanto, con alguna responsabilidad" (Sluzki 98, 9.54, en Elkaïm 98). Ya hemos mencionado la enorme riqueza de la deconstrucción, estrategia planteada por los enfoques narrativos derivados de la posición de M. White, la cual nos puede ofrecer posibilidades más liberadoras que la ubicación de todo lo que se diga o haga en la frase: "es que es un adolescente".

g) Necesidad de conocer las redes en que interactúan

Existen múltiples redes sociales en las que los adolescentes interactúan. Estas pueden llegar a adquirir el carácter de verdaderas "familias", y de ellas derivan nuevas formas de pertenencia e individuación, más allá del grupo familiar. El trabajo terapéutico no es ajeno a esas redes. El terapeuta necesita potenciar los recursos que de ellas derivan y, si éstas no tienen un carácter ilícito, necesita ser visto como un aliado de las mismas.

El problema es más complejo cuando estas redes tiene que ver con grupos delictivos, consumidores de droga, etc. Es prácticamente imposible que éstas puedan nulificarse si no se desarrollan nuevas redes en las que el adolescente pueda incluirse. El terapeuta adquiere un nuevo papel: llevar al adolescente a formar parte de nuevas redes.

h) Necesidad de evaluar las crisis del adolescente relacionándolas con otras crisis que se articulan en el sistema.

Frecuentemente la adolescencia va acompañada de múltiples transiciones en el sistema familiar. Estas pueden conformarse como desajustes familiares o como crisis muy definidas en otros subsistemas. Intervenir en las crisis adolescentes evitando la intervención en las demás crisis familiares no permitirá resolver el problema mas que por la vía del alejamiento. Cuando las resoluciones son escapes, los procesos naturales de diferenciación y reacomodamiento del sistema se intrerrumpen, lo que ocasiona que el adolescente continúe ese proceso en otros sistemas. Desde el punto de vista psicoanalítico, actuaría en otros contextos sus crisis no resueltas.

Por lo mismo es necesario intervenir tomando en cuenta a la pareja de esposos, de padres, a los hermanos, a las parejas de los adolescentes que se incluyen frecuentemente en la vida familiar, etc. El sistema necesita desarrollar patrones de interacción que eviten su desmembramiento y una capacidad de metabolizar las nuevas ideas que el adolescente trae del mundo exterior. El terapeuta se convierte en un catalizador y en un facilitador de la organización del nuevo sistema. El trabajo con rituales puede facilitar enormemente esta tarea.

i) Trabajar sin excluir las sesiones individuales de las familiares

Cuando el adolescente pide terapia, a él lo invito a la primera sesión. Cuando la familia pide terapia con sus hijos adolescentes, a ellos los invito a la primera sesión. Si después de una sesión con el adolescente necesito entrevistar a la familia, lo hablo con él y realizo una entrevista conjunta. Si después de una sesión con la familia escucho que el adolescente busca un espacio más personal, lo hablo con la familia y trabajo con él en forma individual. Indudablemente existe una confidencialidad en el proceso terapéutico, pero es frecuente que en un proceso individual intercale sesiones familiares o visceversa.

Si el adolescente confía en su terapeuta rara vez se opondrá a este tipo de trabajo y al terapeuta le dará la posibilidad de trabajar tanto con el sistema como con la individualidad del adolescente. Desde mi punto de vista no es necesario crear encuadres que definan la terapia como un espacio para los secretos de confesión y donde los padres esten tan distantes que sólo puedan fantasear sobre la relación de su hijo con su terapeuta. Esto ayudará a que el mismo encuadre no favorezca la escisión y la polarización entre familia y adolescente, sino a que se desarrollen formas más amables de diferenciación e integración a otros sistemas sociales.

j) No centrar todas las sesiones en la problemática base

Si esto sucede es muy probable que desarrollemos soluciones tan pragmáticas como artificiales, a la vez que empobrecemos el desarrollo de nuevos procesos de representación y desarrollo del

self. Retomar las áreas de interés y conversar sobre ellas estimula esas nuevas representaciones del sí mismo, muchas veces encubiertas en relaciones estereotipadas.

k) Liberarse de premisas que restringen.
Algunas de ellas, quizás las más comunes, pueden ser:

"Adolescencia es igual a crisis"
En realidad una vida que evoluciona es una vida con crisis, entendiéndolas como " un fenómeno complejo, a la vez transitivo y recursivo, a la vez potencial y actual, a la vez pasivo y activo, sufrido y querido". (Le Moigne 98, p.120, en Elkaïm 98)

"La mejor estrategias radica en los límites"
Es posible que trabajar sólo con límites, desechando el mundo del lenguaje y sus significados, sea una estrategia infructuosa para relacionarse con un adolescente.

"Todos los adolescentes son iguales"
La adolescencia es una etapa que se desarrolla en un contexto. Por lo mismo no depende sólo de factores individuales, sino de los marcos culturales en los que se desarrolla. Los adolescentes de diferentes marcos culturales tienen problemáticas distintas.

"Crecer es separarse"
Este estereotipo, profundamente difundido por la cultura norteamericana, difícilmente se aplica a nuestro país. Valdría la pena plantear que crecer puede ser integrarse de un modo distinto.

"Sobrevalorar los acuerdos"
Una de las características más ricas de la discusión con los adolescentes sea en el no llegar a acuerdos. Temas de corte filosófico, religiosos, social, etc., pueden ser un magnífico modo de ejercitar la tolerancia a las diferencias y a la diversidad. Para muchos adolescentes, la diversidad, mas que la unicidad, es la característica

del mundo que les toca vivir.

"Las teorías dicen que..."
La sobrevaloración de la teoría limita el valor de las preguntas. Si la teoría dice todo, a veces el preguntar pierde valor. Si así sucede, nuestro paciente pierde valor.

"Es normal o anormal porque son adolescentes"
Por principio, el adolescente es un sujeto que interactúa en un entorno social. Por lo mismo, no puede alejarse de los requerimientos de funcionalidad que los sistemas estipulan. Ni la adolescencia lo excluye de responsabilidades, ni tampoco lo define necesariamente como problemático. La violencia social protagonizada por adolescentes con carta de impunidad debido a su edad o las explicaciones contundentes sobre sus crisis, son el mejor reflejo del peligro de determinar lo que puede o no ser, porque "son adolescentes".

Bibliografía

1. Efran, J., Lukens, M., Lukens, R., *Lenguaje, estructura y cambio.* Gedisa, Barcelona, 1994.
2. Elkaïm, M. *Las prácticas de la terapia de red.* Gedisa, Buenos Aires, 1997.
3. —. *La terapia familiar en transformación.* Paidós, Barcelona, 1998.
4. Fishman, Ch. *Tratamiento de adolescentes con problemas.* Paidós, Barcelona, 1990.
5. Hoffman, L. "Una posición constructivista para la terapia familiar" en *Psicoterapia y Familia*, México 1989, vol. 2, No. 2.
6. Keeney, B. *Estética del Cambio.* Paidós, Barcelona, 1987.
7. White, M. *Guías para una terapia familiar sistémica.* Gedisa, Barcelona, 1994.

Identidad y sujeto en la terapia sistémica de pareja e individual

*Javier Vicencio Guzmán**

La pregunta por el sujeto

La terapia familiar y de pareja se ha apoyado principalmente en la teoría sistémica como paradigma epistemológico, en oposición a la consideración individual que sobre el sujeto predomina en la terapia psicoanalítica. El concepto de "sistema" como totalidad interactuante que mantiene su autonomía por medio de la estructura que le proporcionan sus miembros a través de su permanente vaivén relacional es, sin duda, una metáfora demasiado atractiva para cualquiera que se interese por el estudio de la familia, una entidad psicosocial tan llena de intercambios afectivos y cognitivos. Sin embargo es a G. Bateson a quien le debemos las mayores contribuciones como fundador de este movimiento con sus numerosos artículos recopilados en *Pasos hacia una ecología de la mente* y luego en *Espíritu y Naturaleza* en el terreno de las ideas básicas de este dominio teórico. En efecto, la intención de este autor por sentar las bases de una epistemología cibernética de la mente nos proporcionó un modelo que ha dejado profundas huellas en los diferentes enfoques que constituyen el meollo de esta nueva disciplina que, en rigor, merece por mejor denominación el de terapia sistémica.

* Psiquiatra Terapeuta Familiar. Director General de CRISOL. Centro de Investigaciones Psicosociales, A.C.

En su afán por el estudio de las pautas y patrones que caracterizan a los grupos humanos por medio de un lente imaginario que, a la manera de un dispositivo temporo espacial pudiera realizar las distinciones correspondientes y que permitiera asimismo la identificación de su configuración recursiva, Bateson no dejaría de lado a la biología, a la religión, al pensamiento Zen, ni al humor, porque en sus descripciones se afirma la existencia de un sistema más amplio que une al hombre con la naturaleza y que incluye a la familia como una organización que posee una comunicación interna, una serie de transferencias que provienen de generaciones anteriores y un intercambio con el medio ambiente, que modula su paso de acuerdo con las necesidades de alimentos, reproducción y crecimiento de sus integrantes.

La dificultad para la lectura de sus escritos y el interés pragmático por traducir sus ideas para que hiciera posible su aplicación terapéutica fue abordada magistralmente por P. Waztlawick en su primer intento y, quizá el mejor, por elaborar un esquema simple ("Pragmática de la comunicación") que considerara a la familia como una unidad compuesta de una serie de interacciones que, en su juego de reglas particulares en cuanto a los efectos de unos sobre otros, le otorgara un sello indeleble a su configuración, por encima de las características individuales de sus miembros.

Es así, entonces, como la metáfora de la familia como sistema tiene una doble significación: la de una unidad que sigue los mismos patrones que la naturaleza y de la vida, ese fluir sin sentido que sigue ciertas pautas y la de una unidad formada por interacciones que, en su juego, le otorgan su identidad. En la primera, la familia es una organización tan viva como un organismo, en mediación con un contexto más amplio, a la vez social, ecológico y místico. En la segunda, la familia es una máquina no trivial y cibernética.

Ambas perspectivas facilitaron el desarrollo de las ideas más creativas en los primeros años de la terapia familiar, a comienzos de los años 70, en que además del entusiasmo por la efectividad, se inauguraba un planteamiento más acorde con el modelo científico que se insinuaba ya, a partir de la comunicación y de la computación,

aunque en abierta oposición a la psiquiatría biológica, a la psicología individual y al psicoanálisis, debido al énfasis en las interacciones como eje de la mirada terapéutica en vez de las características individuales. En efecto, no se trataba solamente de la consulta familiar como una alternativa a la individual, sino que de un vuelco en 180° en relación con el paradigma predominante en la atención de los problemas de la Salud mental, tan preocupado por las causas en el pasado o en la biología y en la genética.

Tal demarcación no sólo fue necesaria en esa época, sino que todavía tiene vigencia como una primera vuelta de tuerca hacia lo sistémico en los diferentes programas de formación en el país y en el extranjero, y no deja de ser una transición difícil para todos los alumnos pero especialmente para los psiquiatras y psicoanalistas, que han realizado una larga y costosa trayectoria de aprendizaje por otros caminos que se cruzan, y que a veces se contradicen: es muy grande la distancia que existe entre la preocupación por las causas y el interés por los efectos de las conductas, emociones y creencias para la comprensión de los trastornos mentales.

Aún así, la metáfora de la familia como un sistema cibernético en equilibrio como lo plantea la primera cibernética, o al borde del desequilibrio como lo ilustra la segunda (lo que se conoce como cibernética de primer orden), reduce la familia a una máquina no trivial y compleja con circuitos de retroalimentación positivos y negativos que van configurando pautas y patrones característicos que pueden ser identificados por el terapeuta, observador privilegiado, quien además, conoce una cantidad de intervenciones apropiadas para favorecer el cambio en su beneficio, por la desaparición del síntoma o del obstáculo que, como impedimento perjudica su transición hacia mejores alternativas de crecimiento.

La reacción en contra de este planteamiento que considera a la familia o a la pareja que consulta como un mecanismo descompuesto que requiere de un terapeuta que sea una mezcla de hábil manipulador, presdigitador o autor de una creación de mérito artístico, marcaron con su sello a la mayoría de los trabajos del principio de los 80, de lo que se llamó la controversia entre la estética

y la pragmática. En realidad, se trataba creo de recuperar el camino propuesto inicialmente por Bateson, de crear una epistemología cibernética y, por lo tanto, una manera de acercarse al conocimiento de las cosas desde una perspectiva interactiva en la que se accediera a una doble descripción que siguiera la forma de un anillo que tuviera la figura de un ocho que se cierra sobre sí mismo, porque incorpora a la autorecursividad.

Con el aporte de varios autores se redescubrió en esencia un interés por los significados, narraciones e historias que hacían diferentes a una familia de la otra: la eterna búsqueda por la singularidad.

De estos años surge la preocupación por la posición del observador en el mundo de los significados propios y ajenos: la pregunta por la subjetividad del territorio y de la posible contaminación que, el terapeuta en su inclusión, pudiera acarrear para los pacientes que se exponían a su cuidado. En la relectura de Bateson que ocurrió a continuación se obtuvieron respuestas más adecuadas para la búsqueda de los significados sistémicos y por el lugar de las explicaciones que sobre el funcionamiento del mismo pudieran surgir. En este periodo, jugaron un papel los integrantes del Grupo de Milán, P. Dell, B. Keeney y muchos otros que obtuvieron de esta experiencia un nivel de profundidad epistemológica muy necesaria para otorgarle a la terapia sistémica un alcance que fuera más allá de la alcanzada con los modelos más interventivos como el estructural estratégico en sus diferentes versiones. La inclusión posterior de Von Foester, Von Glassernfeld contribuyeron al cuestionamiento que por el observador se continuaron realizando posteriormente por Maturana, Varela, Morín, y los autores que se inscriben en el marco del constructivismo radical y el estructural determinismo. En este periodo se tuvo acceso a diferentes mapas para el estudio de la complejidad y la historia desde una perspectiva diacrónica y autorecursiva.

Sin embargo con respecto a la pregunta que sobre el sujeto nos interesa fue el observador como tal el objeto de examen y reflexión, como resultado de la importancia de éste para el análisis

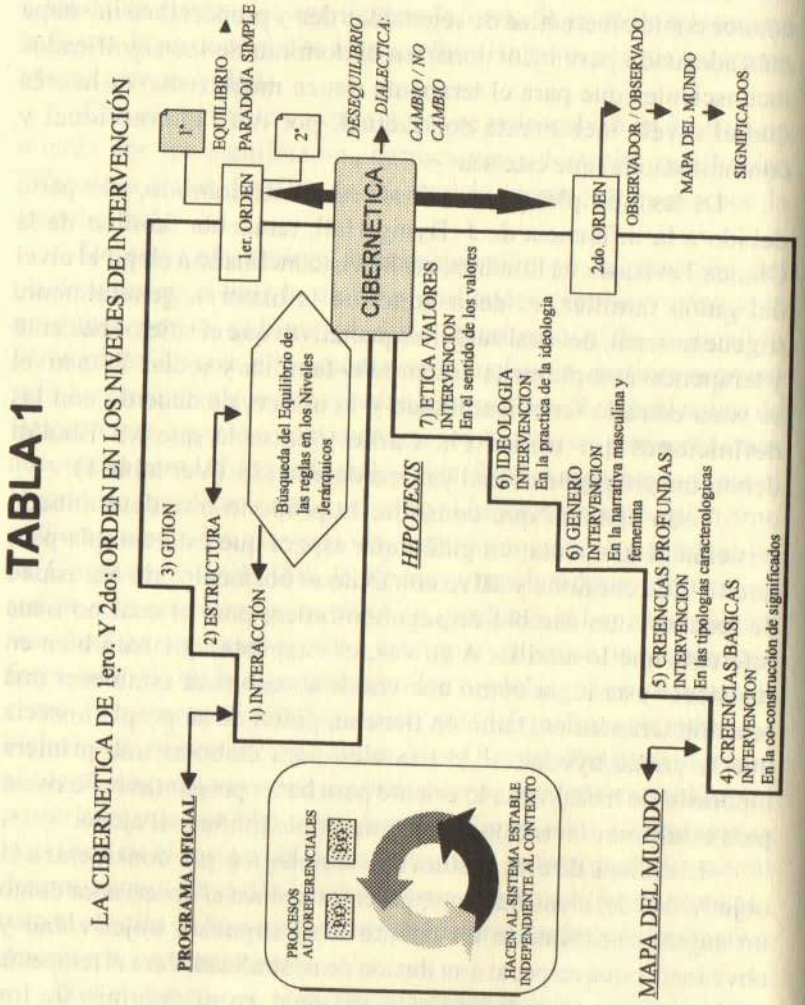
de las descripciones y explicaciones que sobre un sistema cualquiera que lo incluye, manifieste: en efecto, lo que éste dice, habla más sobre sí mismo que sobre el sistema.

La inclusión del observador en lo observado define lo que se conoce como cibernética de segundo orden y proporciona un mapa más adecuado para incursionar en el dominio de los significados inconscientes que para el terapeuta tienen mucho mayor interés que el nivel meramente conductual, por muy interaccional y comunicacional que éste sea.

De las múltiples puertas de acceso a este dominio, y en parte debido a la influencia de J. Bying Hall, terapeuta familiar de la Clínica Tavistock de Londres, me he visto inclinado a elegir el nivel del guión familiar, es decir aquel de la historia, generalmente trigeneracional, del cual surgen expectativas que el sujeto (paciente y terapeuta) cumple en su desempeño familiar y social. Este nivel se sitúa entre lo fenomenológico y lo mítico, de acuerdo con las definiciones que utiliza Ph. Caille y entre lo que M. Elkaïm denomina programa oficial y mapa del mundo. (Ver tabla 1)

Todo sistema que consulta, le propone una determinada posición al terapeuta, un guión que espera que éste cumpla para que su vida continúe y salve con éxito el obstáculo, sin necesidad de recurrir a un cambio de segundo orden, para el cual no tiene referente que lo auxilie. A su vez, el terapeuta, que hará bien en reconocer este lugar como una vía de acceso para establecer una relación terapéutica, también tiene un guión de su propia historia que le puede ayudar, si lo usa bien para elaborar una primera hipótesis de trabajo que lo oriente para hacer preguntas reflexivas, para establecer conexiones entre su propio guión y el ajeno.

El énfasis de esta postura epistemológica por considerar a la objetividad del científico entre paréntesis ubica al observador como un sujeto cuestionado en cuanto a su supuesta objetividad y obviamente que respecto a su ilusión de neutralidad. Para el terapeuta sistémico que se aventura a incursionar en el dominio de los significados inconscientes que configuran el mundo de premisas, creencias, mitos, valores y prejuicios, de los pacientes que le



consultan ya sea en el ámbito familiar, grupal, institucional, de pareja o individual, aparece una nueva necesidad: recurrir a sus referentes personales para disponer de un mapa tentativo que le ordene la mente para su indagación en las historias ajenas. En consecuencia, la reflexión que se propone posteriormente, es compartida por ambos, pacientes y terapeutas, porque aborda el apretado tejido de significados mutuos que han co-construido una historia posible, un mundo hipotético de conexiones arbitrarias que no existían antes que las preguntas reflexivas lo pusieran de manifiesto.

El sujeto del cual se habla es, entonces, uno que va urdiendo tramas posibles en la conversación terapéutica, llena de complicadas preguntas que hacen girar el tiempo desde el presente hacia el futuro y el pasado, mientras proveen de sentidos alternativos a las historias que habían reinado sin contrapeso, dilemas ni contradicciones mayores.

Esta pregunta por el sujeto se hace más explícita con la aparición de las terapias narrativas basadas en el construccionismo social, teoría de la psicología social que ha tenido una influencia reciente en la terapia sistémica, a pesar de haber surgido con J. Brunner a comienzos de los 60s.Más allá de los deslindes que ha significado esta nueva tendencia que intenta romper radicalmente con el constructivismo, al cual le critica su apego al paradigma científico, un resabio del modernismo que los postmodernos no perdonan, la influencia más importante para nosotros consiste en el deslizamiento del sujeto hacia el lenguaje, el discurso, el texto que la cultura de la que forma parte le imprime al mismo tiempo que lo construye como un sujeto social. De los múltiples sujetos posibles, el lenguaje del paciente y por ende la conversación terapéutica selecciona aquellas voces no escuchadas por el mismo anteriormente, para darles la audiencia que necesitan para existir, luego de una complicada maniobra de deconstrucción.

En resumen, se pueden distinguir tres diferentes sujetos a lo largo de la corta historia de la terapia sistémica:

En un primer momento, el sujeto terapeuta es un agente de cambio y el paciente es el sistema familiar que por medio de sus

interacciones, aprisiona al paciente identificado en redes que lo limitan en su crecimiento, síntoma incluido.

En un segundo tiempo, el terapeuta es un sujeto que se incluye en el mundo de significados que construye en conjunto con el paciente para que ambos reflexionen sobre éste, al mismo tiempo que lo relativizan por medio de los paréntesis.

En un tercer tiempo, el actual, en que la pregunta sobre el sujeto es más amplia porque lo interpela como un ser que está sujeto a un texto, una cultura, de la cual tiene que deslindarse continuamente para desujetarse y así existir en el lenguaje que lo construye nuevamente.

Y a todo esto, ¿dónde queda el self y la estructura del carácter?

La terapia sistémica se ha negado a teorizar sobre este concepto e incluso, en un comienzo, cuando intentaba oponerse radicalmente al psicoanálisis, al que le atribuía un interés desmedido por el inconsciente y la estructura de la personalidad como ejes de su quehacer terapéutico, adoptó una posición bastante crítica, refiriéndose a los contenidos internos de la mente con un cierto desdén, usando la analogía de la "Caja Negra", que en los aviones que se desgracian ayuda para identificar las entradas y salidas de información que, a su vez, dan la clave para conocer la causa del accidente: elegante gesto que distancia a Waztlawick de su pasado freudiano y jungiano.

Durante un periodo de 10 años, más o menos, y mientras la terapia sistémica se ubicaba con entusiasmo en un lugar de privilegio, para sorpresa de quienes la practicábamos por sus méritos propios derivados de una técnica renovadora, breve y eficiente, incluso para comprender trastornos tan severos como la psicosis, esta posición sería la predominante, especialmente cuando la terapia familiar estratégico-estructural de primer orden ocupaba la primacía indiscutible en el dominio de la clínica.

La insuficiencia de este marco de referencia se manifestaría en la consulta de pareja, realidad de conflictos para nuestra generación e institución en crisis en la que la separación como un

desenlace posible se hacía cada vez más frecuente. Las intervenciones del terapeuta de pareja se inscribían, entonces en un marco dual: inicialmente sistémicas, habitualmente reetiquetamientos de índole paradójico, para continuar posteriormente con una comprensión, por lo menos psicodinámica de los conflictos más profundos, con señalamientos de la repetición de los patrones históricos mutuos y de los conflictos inconscientes que, desde ahí mismo, encontrarían su sustento. No hay que olvidar que los primeros autores que abordaron la problemática de la pareja en la terapia, y que aún la siguen practicando sin modificaciones ni actualizaciones, eran y son psicoanalistas o psiquiatras y psicólogos sin la preparación indispensable, dada la delicadeza que este trabajo requiere.

Aunque el *insight* del psicoanálisis siga teniendo una gran vigencia, especialmente en lo que se refiere a la elección amorosa y la comprensión de su historia desde lo inconsciente, su teoría sobre la estructuración del sujeto es lo suficientemente compleja como para que sea fácil de aterrizar en la práctica clínica, por lo menos en ese momento de transición y eclecticismo.

En un primer momento, la necesidad de acercarse a una psicopatología que complementara a la formulación meramente descriptiva y nosológica del DSM3-R y DSM4 que fuera compatible con el interés de lo sistémico por las interacciones, me llevó por el camino de Bleger, P. Riviere, Langer y otros que se preguntaban por el tipo de vínculo que caracteriza a cada uno de los trastornos de la personalidad. No dejaba de ser un intento, muy válido entonces, de mezclar ambos marcos de referencia en uno sólo, con el peligro, sin embargo, de ocultar debajo de la denominación de ecléctico, un discurso de poder que facilita el camino a cualquier terapeuta que no quiere tener problemas con su pasado teórico ni con sus colegas del presente.

Periodo de búsquedas, el consuelo más a la mano no surgiría de la teoría sino que de la poesía y de la literatura, y en especial de R. Barthes, con su conmovedora estética en fragmentos de un discurso amoroso, plagado de referencias a Freud y Lacan, entre otros, sin que olvidara a Nieztche, Goethe y por supuesto a Balzac.

Más adelante, en la medida en que aumentaban las dudas con respecto al nivel de las creencias básicas que originan la personalidad al mismo tiempo que la estructuran y, como resultado de una práctica clínica en la que la separación no era infrecuente, la necesidad de contar con un mapa más preciso que fuera compatible con el lenguaje cibernético se hizo más imperiosa.

En efecto, en el análisis de una serie de casos en que el motivo de consulta consistía en la separación y crisis de la pareja, se concluía con la observación de un patrón repetitivo de rasgos de la personalidad que se mostraban como en un libro abierto de par en par.

El dolor de la experiencia de separación no se relacionaba entonces, solamente con la desolación de la pérdida sino que también con las necesidades desnudas de la personalidad, ahora llena de carencias por la ausencia del otro. Paradoja esencial para la comprensión de uno mismo, la separación amorosa como un descubrimiento de las necesidades más primarias de nuestro aparato defensivo, cuando lo que duele es lo mismo que sostiene.

El Eneagrama, en la versión realizada por C. Naranjo, psiquiatra de origen chileno y serio estudioso de la personalidad y de la psicología transpersonal, ha cumplido con este propósito por varias razones:

a) En sus orígenes, que se remontan a la tradición sufi como las enseñaran Gurdieff, Ichazo, Naranjo mismo y los seguidores de la senda del Cuarto Camino, se advierte la presencia del antiguo concepto budista que considera a las disciplinas de la meditación como técnicas del cuidado del sí mismo destinadas a obtener una liberación de las prisiones del ego, que oscurecen a la conciencia más esencial.
b) En un análisis muy cuidadoso de la personalidad, con la influencia de Jung, Horney, Freud, Winicott y Fairbarn, además de autores de otras escuelas como Sheldom y Reich, se reconoce la presencia del concepto más clásico de carácter como el aparato defensivo que cristaliza entre los siete y nueve años, y que nos acompañara toda la vida como el estilo neurótico personal, arma y destino del trabajo que sobre uno mismo tendrá que realizarse en la formación que, como persona requiere el terapeuta.

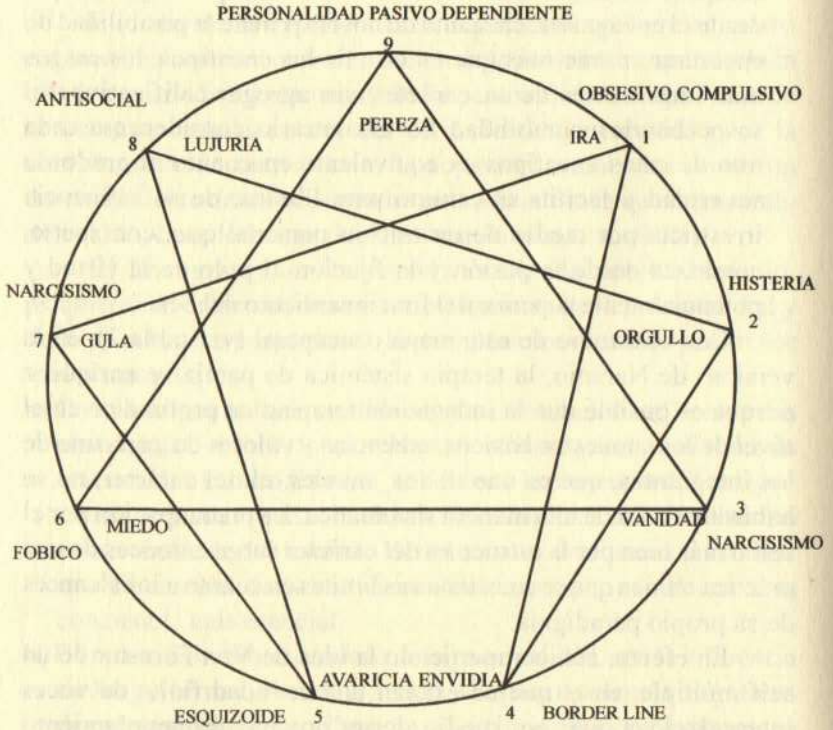
c) En su planteamiento general, en el que se dibuja un mapa geométrico cuya base es el círculo, y en el que concurren una serie de relaciones entre los diversos eneatipos que lo componen, se destaca la presencia de un componente emocional (pasión) que estaría en la base de la necesidad neurótica, pero que se autoconfirma por una particular distorsión cognitiva (fijación) y por lo tanto se autoperpetúa.
d) Por último, un esquema que conserva un paralelismo bastante ajustado con los trastornos de la personalidad del eje II del DSM4 aunque sin compartir con éste los criterios de patología, ya que desde el eneagrama, cada uno de nosotros tiene la posibilidad de encontrar en uno más que en otro de los eneatipos, los rasgos más importantes de su carácter, sin agregar calificativos ni sospechas de incurabilidad. Por el contrario, considera que cada uno de estos eneatipos es equivalente en cuanto al grado de severidad y facilita el camino para librarse de su influencia irrestricta por medio de un trabajo personal que, con suerte, conduzca desde la pasión y la fijación al polo de la virtud y potencialmente superior del funcionamiento del Ser.

Con el estudio de este mapa conceptual (ver tabla 2), en la versión de Naranjo, la terapia sistémica de pareja se enriquece porque es posible que la indagación terapéutica profundice en el nivel de los supuestos básicos, creencias y valores de cada uno de los integrantes, que es uno de los niveles, el del carácter, no se había abarcado de una manera sistemática. La preocupación por el self o más bien por la estructura del carácter surge entonces de una práctica clínica que se cuestiona sus límites en cuanto a los alcances de su propio paradigma.

En efecto, aún compartiendo la idea de Von Forester de un self múltiple, en el que co-existen una cantidad finita de voces internalizadas que, por medio de un proceso de acoplamiento estructural con otros significativos nos construye la historia relacional que nos hace sujetos como tales a lo largo de la vida que el azar nos ofrece, en la soledad que la pareja deja cuando se disuelve, reaparece el aparato defensivo como una estructura de carácter que

TABLA 2

ENEAGRAMA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



sostiene en el dolor y favorece el crecimiento, si se reconoce, en su desnudez, una serie de necesidades carenciales que no pueden ser satisfechas en la ausencia del otro. La insistencia de Maturana por considerar al sistema nervioso como un sistema cerrado que se determina estructuralmente por la manera autopoyética de operar que nos caracteriza como seres vivos, ha sido útil en este punto para darnos una pauta de correspondencia con respecto a la autonomía del carácter y por lo tanto para justificar la existencia de una organización del mismo, sin perder de vista el referente sistémico.

Aunque también consideramos seriamente la objeción y crítica que Varela plantea con respecto a la expansión de la idea de la autopoyesis más allá de la biología, en la que fuera inicialmente planteada por ambos a comienzos de los 70s, nos situamos en lo este autor denomina la extensión por continuidad, porque nos interesa "poner la autonomía del ser vivo al centro de la caracterización de su biología, para abrir las posibilidades de considerarnos como seres dotados de capacidades interpretativas desde el mismo origen". Este mismo autor cuando se refiere a sus últimas investigaciones sobre el sistema inmunitario, se expresa metafóricamente de éste, para describir su funcionamiento, como un segundo sistema cognitivo del cuerpo que juega un papel preponderante en la identidad somática del mismo, dándole un sello de identidad que puede servir como un aparato defensivo, por medio de la generación de anticuerpos, sólo en forma secundaria.

Consideramos al carácter como un primer sistema cognitivo que se origina en la fase de adquisición del pensamiento abstracto descrito por Piaget y que coincide con la aparición de las capacidades interpretativas del niño con respecto a su propio origen. Este es un momento fundacional para la estructuración del sujeto en el cual se cristaliza el aparato cognitivo que, al mismo tiempo que nos proporciona la identidad psicológica, nos otorga un estilo neurótico personal.

Una segunda consideración sobre la identidad del Yo surge de las características de la pareja moderna en comparación con la forma tradicional que prevalecía en la generación de nuestros padres. En efecto, en la medida que nos acercamos al final de este

milenio, se puede apreciar cómo la modernidad ha invadido esferas tan íntimas como la vida familiar y amorosa, especialmente a través de una redefinición de la pareja que, aunque sigue siendo romántica en el periodo del enamoramiento por la expectativa mutua de su duración eterna, hasta que la muerte los separe, se ha visto enfrentada por la realidad con cifras que se acercan al 50% en cuanto a las posibilidades de separación o divorcio.

Aunque atribuir este cambio a la posición que la mujer ha ido conquistando como sujeto que no depende solamente de una buena elección de marido para asegurar su subsistencia económica (lo que le otorgaba, a su vez, la dependencia necesaria para dedicarse a ocupar el rol de madre que la cultura le asignaba), haya predominado como creencia dominante en la cultura patriarcal que todavía nos define, no se ha destacado lo suficiente que su lugar como fenómeno social no se restringe al ámbito privado sino que rompe con la pareja como institución tradicional y la transforma en una entidad nueva, con hijos ajenos repartidos entre varios y un territorio a descubrir que no tiene mapas bien identificados que lo cartografien: ¡el mapa no tiene todavía un territorio!

Una excepción a este hecho lo encontramos en la investigación que Judith Wallerstein y Sandra Blakeslee realizaron en California con sesenta familias separadas y seguidas por un periodo de 10 años y que publicaron en dos volúmenes (Surviving the breakup y Second chances). En su reporte se destacan las dificultades más comunes durante el momento de la crisis emocional que acompaña a la separación y posteriormente, se analizan los reajustes que sobre la identidad del Yo han de tener lugar en todos los integrantes de las familias separadas para que se abran a una nueva oportunidad amorosa, sin que la pérdida los destruya en cuanto a sus posibilidades de vincularse nuevamente. En sus descripciones y explicaciones, derivadas de un método de investigación de casos de tipo longitudinal, sobresalen las profundas transformaciones del Yo que tienen lugar en aquellos sujetos que han vivido la separación cuando niños o como adultos y que al cabo de los años, son cuestionados nuevamente para relatar en que ha consistido su camino amoroso,

si es que se han dado la oportunidad de una segunda vuelta. ¡¡La modernidad, de nueva cuenta, irrumpiendo en la intimidad del Yo, y cambiando radicalmente la conformidad que deriva de un sentido de identidad consigo mismo!!

Una caracterización social de la modernidad tiene que tomar en cuenta la importancia que ha tenido la inclusión de lo privado en lo público, no solamente desde un ángulo político o administrativo, sino que también en cuanto a las transformaciones que se traducen en el sujeto, como efectos y consecuencias no previstas que inciden sobre el mismo .La terapia familiar es una disciplina que surge y se desarrolla rápidamente como uno de los epifenómenos derivados de esta misma modernidad.

Sin embargo, la característica más importante consiste en la destacada presencia de las ciencias, de los sistemas abstractos y complejos que definen sus teorías, y de los efectos que sobre el sujeto, en contacto íntimo con esta cultura aunque sea por medio de la divulgación científica, incluyendo a Internet, se conectan con aspectos de su vida cotidiana, y lo transforman continuamente.

¿Y quién más abstracto que Lacan para introducirlo en este momento, como uno de los autores más significativos del psicoanálisis moderno quien, desde sus comienzos, se preguntara sobre la estructuración del sujeto y del inconsciente?

Creo que vale la pena recurrir, de nueva cuenta, a su clásica formulación del Yo en el estadio del espejo, porque inaugura su intención por ubicar al sujeto entre paréntesis o, por lo menos, en el dominio de lo imaginario.

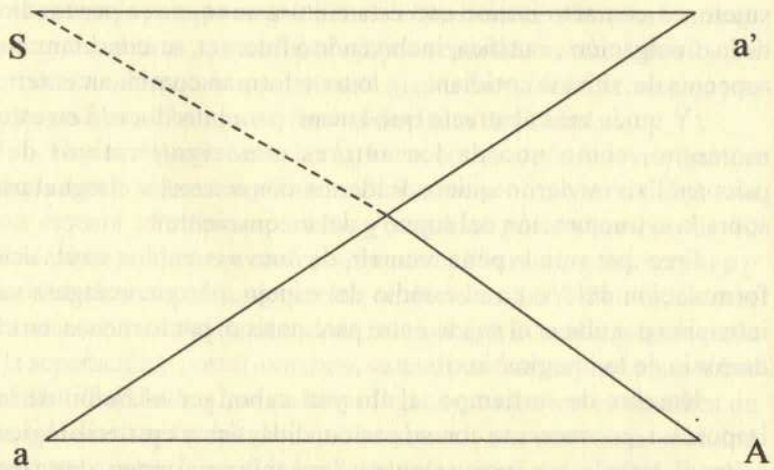
Hombre de su tiempo, al fin y al cabo, genial bufón de la impostura, consecuente con su pasión didáctica y epistemológica sobre el trabajo que inconsciente y lenguaje comparten, describe el primer momento de la constitución del sujeto frente a su imagen en el espejo, teniendo que elegir entre dos polos de un dilema existencial profundamente contradictorio y sin que las salidas se vislumbren fácilmente: por un lado, la fragmentación del ser y la psicosis y, por el otro la ilusión de la unidad y la neurosis.

No interesa tanto aquí la aplicación técnica de su teoría, que se distancia años luz de la práctica de la terapia sistémica, sino

TABLA 3

ESTRUCTURA DEL SUJETO
DIMENSIÓN PSICOANÁLITICA

ESQUEMA LAMDA (λ)



enfatizar algunos aspectos de la misma que me parecen relevantes en esta discusión sobre el Yo desde la modernidad.

En primer término, tan lejos como a principios de los 50s, en su segundo seminario, Lacan se refiere a la constitución del sujeto desde una perspectiva explícitamente cibernética, en la que enfatiza su participación en relaciones como característica que lo fundamenta.

En segundo lugar, su formulación clásica sobre el inconsciente como significantes estructurados como un lenguaje, no sólo tiene relación con la lingüística como una disciplina contemporánea, sino que considera que el mismo está formado por un sistema de relaciones.

Por último, la expresión esquemática de su formulación sobre el sujeto conocida como "esquema Lamda" da cuenta de un sistema abstracto, el Yo en su recorrido por la realidad simbólica e imaginaria. (Ver tabla 3)

En resumen, la posición de Lacan con respecto a la estructuración del sujeto es semejante a la que postula el constructivismo sistémico y usan un lenguaje por lo menos isomórfico, que no es posible desechar si es que se desea incluir nuevas perspectivas, ahora que la terapia sistémica incursiona en lo individual.

El trabajo terapéutico con individuos no podría catalogarse como una novedad, si se consideran las primeras experiencias del grupo de Palo Alto con la terapia breve, en los comienzos estratégicos que originaron el modelo interaccional como lo denominaría Waztlawick y sus seguidores, pero sin duda que la terapia familiar, como disciplina era más necesaria para esta modernidad nuestra, y obtendría por lo tanto un reconocimiento más notorio en la utilización de la cibernética como paradigma epistemológico.

La terapia sistémica con individuos, es entonces una propuesta reciente que surge con cierta fuerza a comienzos de los 90s, en parte como resultado de investigaciones empíricas que comprobaban que en la consulta del terapeuta familiar y de pareja no estaban ausentes los individuos y del interés, compartido por varios colegas, de ampliar el horizonte de la clínica.

Un de los autores que ha dado cuenta recientemente de su trabajo sistémico con individuos ha sido L. Boscolo, psiquiatra y psicoanalista de origen y uno de los fundadores de la escuela de Milán, y que ha se ha dedicado al tratamiento de pacientes individuales a lo largo de 20 sesiones a modo de investigación clínica.

En el análisis que sobre las dimensiones sistémicas del sujeto realiza sobresalen las siguientes: (ver tabla 4)

Tiempo: se refiere a la conexión que existe entre diferentes tiempos (social, cultural, familiar e individual) del paciente y del terapeuta, especialmente cuando este último intenta la creación de "mundos posibles" y utiliza por lo tanto los modos del tiempo condicional y del futuro en sus construcciones terapéuticas.

Espacio: se refiere a la proximidad y la distancia que, de acuerdo con los límites que, como reglas de pertenencia, le asignen al individuo en relación con su familia, pareja u otros significativos.

Apego temprano: se refiere al tipo de relación temprana que ha servido de nido primario para el sujeto y que se postula como originario de nuestro primer mapa del mundo, una suerte de narrativa primordial.

Pertenencia: se refiere a los vínculos que el sujeto establece con las raíces familiares, culturales, nacionales y étnicas a las que pertenece y que le otorgan identidad.

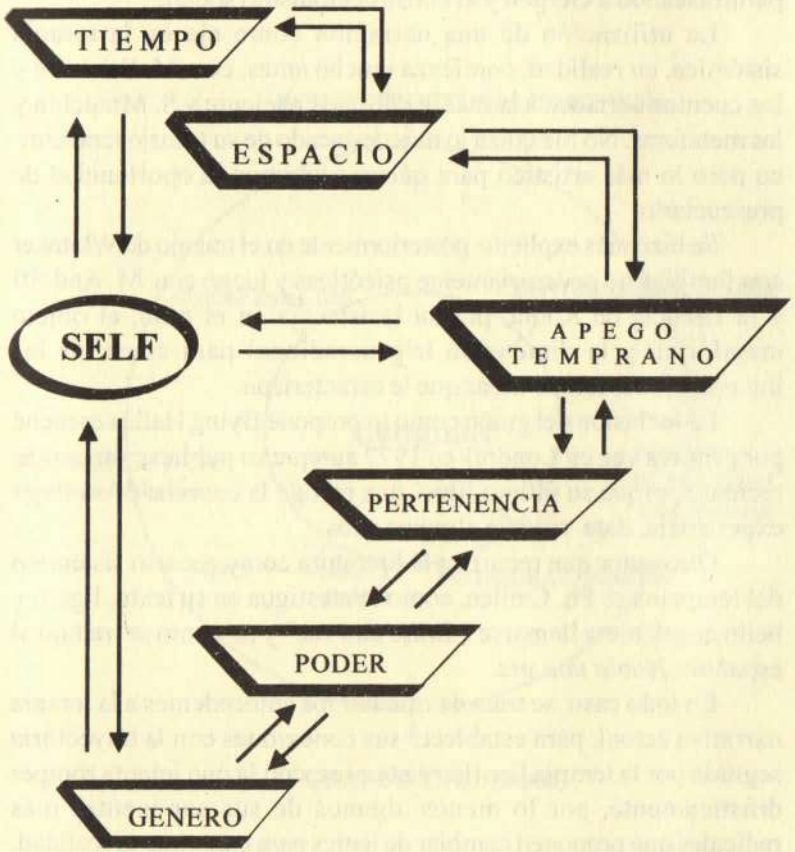
Género: se refiere a las expectativas culturales que construyen la identidad del sujeto social desde antes que sea incluso concebido como una posibilidad por sus progenitores.

Poder: se refiere al discurso de la cultura y sus instituciones que aprisionan al sujeto por mecanismos inconscientes, a una historia dominante.

La utilización de estos parámetros con el cuestionamiento circular reflexivo como técnica de trabajo es la herramienta más rica para acercarse al sujeto en la terapia sistémica individual que practicó enseñó.

TABLA 4

ESTRUCTURA DEL SUJETO DIMENSIÓN SISTEMICA



Acerca de la terapia narrativa postmoderna

La moda de la postmodernidad como tendencia en el mundo de las artes contemporáneas no ha creado todavía inmunidad en ninguna disciplina moderna, incluyendo por lo tanto a la terapia familiar.

La terapia narrativa ha sido considerada como una consecuencia de esta potsmodernidad, caracterizada por la avalancha de información que hace estragos con el sujeto y "satura al Self" parafraseando a Gergen y al construccionismo social.

La utilización de una narración como eje en la terapia sistémica, en realidad, comienza mucho antes, con M. Erickson y los cuentos cortados a la medida de cada paciente y S. Minuchin y las metáforas. No fue quizá lo más destacado de su trabajo terapeutico pero lo más artístico para quienes tuvimos la oportunidad de presenciarlo.

Se hizo más explícito posteriormente en el trabajo de Whitaker con familias no necesariamente psicóticas y luego con M. Andolfi y la Escuela de Roma, por su insistencia en el mito, el objeto metafórico y la dimensión trigeneracional para construir las intervenciones terapéuticas que le caracterizan.

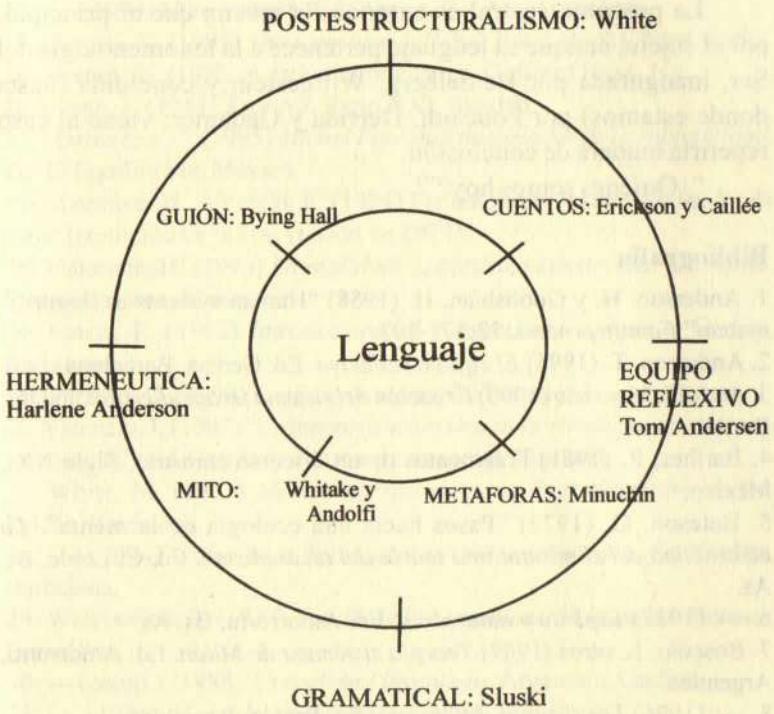
La inclusión del guión como lo propone Bying Hall la escuché por primera vez en Londres en 1977 aunque su publicación es más reciente porque su último libro, que recoge la cosecha de su larga experiencia, data sólo de algunos años.

Otro autor que recurre a la literatura como recurso sistémico del terapeuta es Ph. Caillee, como lo atestigua en su texto, ligero y bello que debiera llamarse " Erase una vez" y no como se tradujo al español: *Había una vez.*

En todo caso, se trata de rescatar los antecedentes a la terapia narrativa actual, para establecer sus conexiones con la trayectoria seguida por la terapia familiar sistémica, con la que intenta romper drásticamente, por lo menos algunos de sus exponentes más radicales que proponen cambiar de lentes para examinar la realidad, en un olvido de la regla fundamental que se plantea como que: "vale más la pena sumar que restar". (Ver tabla 5)

TABLA 5

TERAPIA NARRATIVA MODERNA



La terapia narrativa como tal se inicia, a mi juicio, con el desplazamiento hacia lo conversacional desde el cuestionamiento circular como instrumento terapéutico reflexivo, destinado a producir información, historias, explicaciones y "mundos posibles".

Sin embargo, es a H. Goolishian a quien le corresponde el mérito de su formulación más estricta en el dominio del lenguaje y por ende, de la lingüística.

La metáfora del texto y la escritura se labraron un camino entremedio de la intersubjetividad y los estudios de género, de los que, de alguna forma es originaria.

La pregunta central es entonces la misma que al principio, por el sujeto, aunque su lenguaje pertenece a la fenomenología del Ser, inaugurada por Heidelberg, Wittgestein y concluida (hasta donde estamos) por Foucault, Derrida y Gadamer: viene al caso repetirla manera de conclusión.

"¿Quiénes somos hoy?"[1]

Bibliografía

1. Anderson, H. y Goolishian, H. (1988) "Human systems as linguistic system" *Family process*, 22:371-393.
2. Andersen, T. (1995) *El equipo reflexivo*. Ed. Gedisa, Barcelona.
3. Andolfi, Maurizio (1990) *Creación del sistema terapéutico*. Ed. Paidós, Bs. As.
4. Barthes, R. (1981) Fragmentos de un discurso amoroso. Siglo XXI, México.
5. Bateson, G. (1972) "Pasos hacia una ecología de la mente". *La cibernética del sí mismo: una teoría del alcoholismo*. Ed. C. Lohle, Bs. As.
6. —. (1982) *Espíritu y naturaleza*. Ed. Amorrortu, Bs. As.
7. Boscolo, L. otros (1989) *Tearpia sistémica de Milán*. Ed. Amorrortu, Argentina.
8. —. (1996) *Los tiempos del tiempo*. Ed. Paidós, Barcelona.

1 La pregunta por el sujeto desde la perspectiva de Foncault se refiere a la existencia simultánea demúltiples sujetos que van apareciendo en conjunción con los textos y discursos de la cultura, y el poder. Ya no se trata entonces, de la duda individual de Hamlet en su duelo melancólico ¿ser o no ser?

9. —. (1997) Sistemic therapy wilt individuals. Karnac Bocks, Londres.
10. Bruner, J. (1994) *Realidad mental y mundos posibles*. Ed. Gedisa, Barcelona.
11. Bying Hall, I (1995) *Family Saipte*. Ed. Guilford. Londres.
12. Dell, Paul, Beyond (1982) "Homeostasis: toward a concept of coherence" *Family Process*. Vol. 21, 21-41
13. Elkaïm, M. (comp.) (1998) La terapia familiar en transformación. Paidós, Barcelona.
14. Foucault, M. (1970) *La arqueología del saber*. Ed. Siglo XXI, México.
15. —. (1966) *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI, México.
16. Gadamer, H.G. (1991) Verdad y método. Ed. Sígueme, Salamanca.
17. —. (1994) Mito y razón. Ed. Paidós, Bs. As., Argentina.
18. Gergen, K. (1991) *The saturated self*. Ed. Basic Books, New York.
19. Keeney, B. (1983) A esthetics of change. Guilford Press, Ny.
20. Lacan, J. (1981) *Escritos*. Siglo XXI, México.
21. Martiarena, O. (1995) *Michel Foucault historiador de la subjetividad*. Ed. El Equilibrista, México.
22. Maturana, H. y Varela, F. (1994) De máquinas y seres vivos, V. de Chile (reedición de la 1ra. versión de 1973).
23. Maturana, H. (1995) *La realidad: ¿objetiva o construida?* Ed. Univ. Iberoamericana, México.
24. Morín, E. (1992) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona.
25. Naranjo, C. (1994) *Carácter y memoria*. Barcelona.
26. Vicencio, J. (1997) "La hipótesis sistémica en la investigación clínica y psicosocial". En *Familia y construcción social*. Tlaxcala
27. White, M. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ed. Paidós, Barcelona.
28. —. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Ed. Gedisa, Barcelona.
29. Watzlawick, P. (1977) *Teoría de la comunicación humana*. Hermes, Barcelona.
30. — (comp.) (1988) *La realidad inventada*. Argentina, Gedisa.
31. —. (1994) *El ojo del observador*. Gedisa, Barcelona.
32. Wallerstein, J. (1982) *Serviving the break up*. Guilford Press, Ny.
33. —. (1988) *Second chanes*. Norton y Tuckwell Press, Ny.

Las terapias posmodernas y las nuevas formas de investigar

*Luz de Lourdes Eguiluz Romo**

Poco a poco se ha ido consolidando un poderoso desafío al enfoque tradicional del lenguaje como portador de la verdad. La crítica ideológica, la crítica literaria, la crítica social, la crítica feminista de fines de este siglo, han puesto en duda las afirmaciones empiristas y realistas de que la ciencia puede producir descripciones objetivas del mundo, es decir, sin la intervención de un observador (Gergen, 1992; Ibáñez, 1989). El cuestionamiento de algunas "verdades", así como el poner en duda los conocimientos adquiridos a través de la observación, han sido algunas de las características de la época denominada posmoderna. Según Elkaïm, el pensamiento posmoderno nace al final de los años 60s junto con un movimiento que ataca a la política corrupta, preocupado por acumular riqueza y poder. Este movimiento "asocia la reivindicación ética a la deconstrucción de los conceptos de racionalidad, objetividad y progreso". (1996, p. 5)

A cada uno de nosotros como trabajadores de la salud mental, se nos ha encomendado de forma convencional, el trabajar con ciertas realidades psicológicas. Teniendo el reto de disponer de un buen conocimiento de esa realidad para intentar producir ciertos efectos, es decir trabajamos para el cambio. Si esto es así, algunas

* Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala, UNAM. Universidad Autónoma de Tlaxcala

de las palabras claves resultan ser: "realidad", "observación", "cambio", "comunicación" y "conocimiento".

El cuestionamiento de estas ideas y, más específicamente, las respuestas que nos damos a nosotros mismos sobre su significado, nos pueden ubicar en mundos distintos. ¿Cuáles son los supuestos de los cuales partimos para accesar a la realidad?, ¿cómo conocemos?, ¿qué es un cambio y cómo se determina?, ¿cuáles son los criterios que definen el conocimiento válido o verdadero?

Desde tiempo atrás, el epistemólogo inglés Gregory Bateson (1979) hablaba de la importancia que tiene el que los científicos o investigadores conozcamos cuáles son los presupuestos de los cuales partimos, pero éstos no se ponen en evidencia hasta que no razonamos en ello. Sin embargo, no estamos acostumbrados a reflexionar. Es más fácil como dice Ibáñez (1994), dejarse llevar por la corriente, no ser críticos, en pocas palabras, es más sencillo no pensar que cuestionar nuestras creencias.

Pero para poder hacer investigación, es decir para poder conocer, tenemos primero que cuestionar nuestra forma de conocer. Vamos a tratar en las siguientes líneas de proponer algunas ideas y hacer algunos cuestionamientos para hacer evidentes nuestros postulados. En el entendido de que los términos que serán cuestionados se encuentran sumamente relacionados y para hablar de uno necesariamente nos referiremos o tocaremos a otros, de modo que inevitablemente habremos de formar una red de interconexiones.

Realidad

Lo que llamamos "realidad" decía Watzlawick (1986) es resultado de la comunicación, aunque pareciera una paradoja, dado que dentro del sentido común se considera que "realidad" es lo que la cosa "es", mientras que la comunicación es sólo el modo en que informamos sobre ella. En su libro *Es real la realidad* el autor demuestra cómo los seres humanos nos engañamos pensando que existe una realidad, siendo que "puede existir innumerables versiones de la misma, todas ellas resultado de la comunicación y no del reflejo de verdades eternas y objetivas". (Ib. id. p. 7)

Por otro lado, Maturana (1996) hace evidente una forma clásica de argumentar que empleamos los seres humanos, cuando queremos obligar a alguien a que haga algo de acuerdo a nuestros deseos, ofrecemos lo que afirmamos "es" un razonamiento "real y objetivo". Esto lo hacemos bajo la pretensión de que el otro no puede rechazar nuestro argumento porque su validez descansa en su referencia a lo real. También lo hacemos bajo la pretensión adicional, explícita o implícita, de que lo real es universal y objetivamente válido porque es independiente de lo que hacemos, y una vez indicado no puede ser negado. Es como si implícitamente afirmáramos que tenemos un acceso privilegiado a la realidad que hace objetivamente válidos nuestros argumentos. Sin embargo, nos preguntamos junto con Maturana ¿es racionalmente válida esta actitud acerca de la razón y la racionalidad?

Hasta hace poco se pensaba también, que la "realidad" era algo independiente de nosotros, es decir, se consideraba como una entidad separada de quien la concibe. Se pensaba también, que los objetos de conocimiento eran constitutivos del mundo y que si uno quisiera llegar a conocerlos tendría que buscar un medio para alcanzar ese fin (Eguiluz, 1997). Pero si la realidad no existe independiente de las prácticas mediante las cuales la objetivamos, significa también que la realidad es siempre "realidad-para nosotros", en otras palabras podríamos decir también que la realidad "es construida por nosotros". Esta idea que sostiene que el mundo en que vivimos y experimentamos, es construido por nosotros mismos fue expresada por Ernest von Glasersfeld (en: Watzlawick, 1998), quien además en una actitud sumamente responsable asumía que "toda concepción, todo saber y toda comprensión es siempre una construcción e interpretación del sujeto viviente" (p. 21).

Objetividad

Los orígenes del razonamiento dual pueden ser atribuidos a Descartes, quien basa su *Discurso* sobre el *Método* en la dicotomía sujeto-objeto. La objetividad implica que se neutralice cualquier influencia que pudiera ser atribuible al sujeto productor de

conocimientos sobre el conocimiento producido. Nuevamente ante estas ideas uno podría preguntase ¿es realmente posible separar al sujeto que piensa, del objeto pensado por éste?

El biólogo chileno Humberto Maturana (1995) así como el filósofo francés Edgar Morín (1992) han criticado las ideas objetivistas, naturalistas y representacionistas de la pretendida objetividad. La objetividad de manera simple, pretende que hay un objeto previo, un objeto "real" sobre el cual se elabora conocimiento, que la realidad investigada existe previamente y que ésta permanece estable, que no se modifica a causa de las operaciones que desarrollamos para producir conocimientos. Pero no existen objetos "naturales" aislados, las cosas son como son, porque nosotros somos como somos, el objeto se transforma con nuestro contacto, al mismo tiempo que nosotros nos modificamos en la interacción con el objeto.

La hipótesis de objetividad se ha usado de manera frecuente para generar explicaciones científicas. Maturana (1995) hace válido lo que dice sin emplear el argumento de una realidad objetiva independiente, poniendo la *objetividad entre paréntesis*. Este término de objetividad entre paréntesis "supone aceptar que la existencia se produce por medio de las distinciones del observador, que hay tantos dominios de existencia como clases de distinciones realizadas por el observador. La objetividad entre paréntesis implica el multiverso, implica que la existencia es constitutivamente dependiente del observador... Al mismo tiempo implica que los diferentes dominios de existencia constitutivamente no se intersectan porque son producidos por diferentes clases de operaciones de distinción" (pp.107 y 108), negando así el reduccionismo de los fenómenos.

El constructivismo muestra que no existe una separación entre sujeto y objeto, que la división del mundo en opuestos está forjada por el sujeto que conoce y en su conocer establece distinciones a través del lenguaje. Quiero hacer notar que el problema no es establecer una distinción, sino el pensar que la distinción existe previamente, es decir reificar o cosificar el concepto separándolo del acto mismo de distinción.

Observación

La operación básica que cumple un observador es la de hacer una distinción, establecer una diferencia, de modo que lo que distinguimos se separe del fondo por efecto de nuestra operación de distingo. Al realizar una operación de diferenciación el observador produce una unidad (una entidad, un algo), así como el contexto o medio, en el cual esa unidad puede ser diferenciada. Aquí es necesario recordar que "una diferencia es siempre relativa a un observador y no se presenta en el mundo de modo independiente a sus categorías" (Corsi, Esposito y Baraldi, 1996, p. 88). Las operaciones de distinción, como señalábamos anteriormente, se manifiestan a través del lenguaje. De modo que un observador puede ser cualquier ser viviente que opera dentro del lenguaje (Maturana, 1996).

Según la teoría de George Spencer Brown, "la observación es posible sólo con la condición de interrumpir un continuo al trazar una distinción entre lo que se observa y lo que permanece en el transfondo" (Brown, 1973, p. 78). La operación de observación comprende dos momentos: el de indicación y el de distinción, que aparecen sólo de manera conjunta y no deben confundirse aunque tengan una mutua dependencia. La observación representa una articulación de su diferencia: lo que se elabora no es la identidad de indicaciones y distinciones, sino precisamente su propia diferencia. La diferencia entre lo que se mantiene fijo (identidad) y lo que le es diferente (diferencia). Una diferencia que establece una diferencia, en palabras de Bateson (1993).

La observación es un modo específico de operación, que utiliza una distinción para indicar un lado u otro de la distinción misma: se da una observación cada vez que un sistema opera con base en distinciones, y puede obtener y transformar informaciones. La distinción inicial representa al mismo tiempo la condición para que se pueda dar una observación y el límite que tendrá la misma. De manera que se puede decir que sin una distinción no es posible observar. Pero también es necesario reconocer que una vez hecha la distinción inicial, ésta determinará todo lo que puede ser

observado. Lo que lleva a comprender que dependiendo de cómo se observa, se verán también cosas distintas.

Conocimiento

Dice Watzlawick (1988) "si el qué del conocimiento está determinado por el correspondiente proceso cognitivo (el cómo), luego nuestra imagen de la realidad no depende de lo que es exterior a nosotros, sino que, inevitablemente depende también de cómo concebimos ese qué" (p. 15). Von Glasersfeld va todavía más lejos al afirmar que "el conocimiento es una construcción". (En: Fried Schnitman, 1995, p.123)

Cada vez que conocemos algo, no estamos representando algo que estaría ahí afuera en la realidad, estamos construyendo un objeto único original. El conocimiento científico recurre a conceptos convencionales, a definiciones arbitrariamente construidas por el investigador, que nadie mas que él decidió que representaran algo.

El conocimiento "es un descubrimiento de la realidad, no en el sentido de un develamiento progresivo de objetos preexistentes, sino en el sentido de la *invención* de datos externos" (Corsi, Esposito y Baraldi, 1996, p. 51). A este respecto Heinz Von Foerster (1988, 1991, 1995) después de realizar una serie de experimentos en el campo de la neurofisiología propone el principio de la "*codificación indiferenciada*", según el cual las células nerviosas codifican solamente la intensidad y no la naturaleza de un estímulo perceptivo. "Si una neurona de la retina envía una señal "visual" a la corteza, esa señal tendrá exactamente la misma forma que las que provienen de las orejas, la nariz, los dedos de la mano o de los pies, o cualquier otra parte del organismo capaz de generar señales" (en: Fried Schnitman, 1995, p. 115). Dejando claro que no hay entre ellas ninguna distinción cualitativa de lo que presuntamente puedan significar. Por lo tanto, la percepción diferenciada se basa en una interpretación interna de estímulos no diferenciados. De manera que el mundo tal como lo conocemos, es el resultado de procesos internos de diferenciación personal.

Por otro lado, también Maturana y Varela (1987) en su libro *El Arbol del Conocimiento*, señalan que los colores no existen en la naturaleza, sino que somos nosotros que los construimos por razones imputables a nuestra estructura biológica. De modo que si nuestra estructura sensorial fuera de otro tipo, ni el cielo sería azul, ni el pasto verde.

El psicólogo español Tomás Ibañez (1994) con mucha lógica señala que a pesar de que se piense que el conocimiento científico debe ser una fiel representación de la realidad, no se ha cuestionado cómo podría hacerse corresponder la representación con la realidad, dado que la única forma de saber si corresponden sería comparando una con otra, lo cual sería imposible porque para ello, el investigador tendría que acceder de manera independiente a cada una de ellas por separado.

Corsi, Esposito y Baraldi (1996) coinciden también con lo antes expuesto y señalan que "la realidad es simplemente la que es, actual y positiva; pero el conocimiento, que se basa en observaciones, está forzado a captarla bajo la forma de distinciones, a las cuales, en la realidad no corresponde nada" (p. 51). De lo anterior quisiera dejar claro que el observador conoce únicamente sus propias categorías y no datos duros preexistentes. Insisto también en la idea de que el conocimiento no nos brinda una representación de un mundo independiente y ajeno, sino más bien un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que uno tuvo esas experiencias.

Comunicación

Es muy conocido por los terapeutas familiares cómo las teorías de la comunicación pasaron de explicaciones lineales, mecánicas y causales donde se empleaba la metáfora del telégrafo[1], a explicaciones recursivas, dinámicas, cuya metáfora podría ser la de una orquesta en que la interacción se da de acuerdo a una pauta o partitura de interconexión (Winkin, 1987). El antropólogo Gregory Bateson y su equipo proponen una teoría mucho más compleja

1 Claude Shannon y su "Teoría matemática de la comunicación" publicada en 1949.

que se opone a ver a la comunicación solamente como la transmisión de mensajes codificados. Posteriormente Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) proponen que la comunicación es un complejo proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento. Estas conductas (sean o no verbales) carecen de significación intrínseca: sólo en el contexto del conjunto de los modos de comunicación, relacionado a su vez con el contexto de interacción, puede adquirir sentido.

Bateson es uno de los teóricos que más ha aportado a los modelos sistémicos y sus ideas son básicas para la hoy llamada posmodernidad. Vale la pena destacar, además de la teoría del doble vínculo, una idea que se encuentra presente a lo largo de su basta obra, la unidad de la diversidad (la búsqueda de una pauta que conectara lo distinto), así como la utilización amplia del método deductivo interdisciplinario reflejo de su formación en Cambridge.

El aspecto semántico o de significado de las palabras es un área muy compleja. Bien sabemos que hay formas distintas de nombrar la misma cosa, como también la misma palabra puede denotar o distinguir cosas diversas. Aunado a esto tenemos que reconocer que el objeto nombrado no es el objeto, es únicamente un sonido con significado para la comunidad lingüística que lo designa.

Un área de interés desde la época de los filósofos griegos han sido las paradojas del lenguaje y lo complicado que resulta romper la recursividad del lenguaje. A este respecto Watzlawick dice que "un sistema para demostrar que está libre de contradicciones, debe salirse de su propio marco conceptual y probar su carácter concluso y su perfección desde afuera, valiéndose del auxilio de principios explicativos que el sistema no puede extraer de sí mismo" (Watzlawick p. 174). Whitehead y Russell demostraron que lo que se refiere a una totalidad no puede ser parte de esa totalidad, es decir, no puede referirse a sí mismo sin caer en la paradoja de la autoreflexión.

El lenguaje hace distinciones no sobre las realidades, sino sobre las representaciones o mapas que nos forjamos de la realidad. Recientemente ha quedado demostrado que la descripción y la interpretación de los hechos tienen orígenes valorativos. Tales

exposiciones están determinadas no por el carácter de los acontecimientos sino por las convenciones lingüísticas en que participa el observador. Goodman señala que estamos confinados a modos de describir cualquier cosa que se describe. Es la descripción y no el conocimiento lo que estructura el mundo factual.

Bandler y Grinder (1980) en su libro *La estructura de la magia*, dicen que:

> Los seres humanos utilizamos el lenguaje de dos formas. En primer lugar, lo usamos para representar el mundo, actividad que denominamos: razonar, pensar, fantasear. Al emplear el lenguaje como sistema representacional estamos creando un modelo de nuestra experiencia. Este modelo que creamos del mundo mediante el uso representacional del lenguaje, está basado en las percepciones que tenemos del mundo. En segundo lugar, utilizamos el lenguaje para comunicarnos unos a otros nuestras representaciones del mundo. Cuando empleamos la lengua para comunicarnos lo denominamos: hablar, discutir, escribir, etc. Al usar el lenguaje para comunicarnos estamos presentándole a otros nuestro propio modelo. (Pp. 43-44)

De esta manera el lenguaje tiene no sólo una función 'privada' sino también una función que podríamos llamar 'social'.

Se ha hecho hincapié en que hay una diferencia irreductible entre el mundo y nuestra experiencia de él (Hunneus, 1989). Nosotros no actuamos directamente en el mundo, cada uno crea una representación o un modelo que nos sirve para guiar nuestra conducta. No es de extrañar que en gran medida, nuestra representación del mundo determina lo que será nuestra experiencia de él, el modo de percibirlo y las opciones que estarán a nuestro alcance al vivir en un contexto social determinado.

De todo lo antes dicho podríamos resumir que a diferencia de lo que se creía anteriormente, el lenguaje es equívoco y genera paradojas, que es el sistema de representación del mundo más empleado y estudiado.[2] El lenguaje significativo, como diría Gergen

2 Sin embargo, estamos muy lejos de llegar a conocerlo y menos a controlarlo.

(1996), "es producto de la interdependencia social" y logra su significado a través de un sistema de diferencias, escogidas generalmente de forma binaria. Otro punto importante que vale la pena enfatizar es el hecho de que al nombrar algo de cierta manera, no sólo lo distinguimos del contexto sino que también, con el acto de nombrar lo estamos conminando a continuar con la forma nombrada.

Las palabras adquieren su significado sólo en el contexto de las relaciones sociales actualmente vigentes. Son, en términos de Shotter (1984, en Gergen, 1996), el resultado no de la acción y la respuesta individual, sino de la acción conjunta.

Los nuevos paradigmas. ¿Y la investigación?

Una vez que hemos cuestionado algunas ideas provenientes de la ciencia clásica o como suele llamarse "ideas de la modernidad", especificando también los postulados de los cuales partimos, me gustaría comentar respecto a algunos efectos de estas nuevas formas de pensamiento llamadas posmodernas en las ciencias humanas (sociología, psicología, antropología, psiquiatría, etc.)

Después de la segunda mitad de este siglo hemos ido viendo, como señala Lax (en: Pakman, 1997), que la comprensión se desplaza desde la visión del individuo como problema, hacia las redes de relaciones sociales e históricas donde las prácticas lingüísticas son fundamentales tanto para la formación de los problemas como para su resolución. Casi en todos los campos del saber, la realidad se ha complejizado, el énfasis ya no se pone en el sujeto o en el objeto como entidades separadas, sino en la interacción, haciéndose cada vez más notoria la importancia del lenguaje para, como dice el eminente psicólogo Jerome Bruner (1991), "hacer posibles los mundos en que participamos".

Gracias a todas estas ideas, los terapeutas familiares y los investigadores sistémicos se han encaminado a pensar que la construcción mutua de la realidad, cuenta más, que la búsqueda de la verdad o de la realidad. Según Elkaïm (1996) este descubrimiento ha tenido, por lo menos, cuatro implicaciones dentro del campo clínico:

* La psicoterapia exitosa no implica que el terapeuta tenga o no razón, sino que la construcción que ha edificado junto con la familia sea operativa;
* La intervención terapéutica buscará en vez de hacer surgir una "verdad" que pretenda beneficiar al sistema o a sus miembros, ampliar el campo de lo posible;
* El concepto de "acoplamiento estructural" (Maturana y Varela, 1987) empleado para describir lo que se manifiesta en la intersección de un sistema determinado por su estructura y el medio en el que ese sistema está inserto, mantiene la importancia de la autonomía individual y, por lo tanto, de la responsabilidad personal;
* Aquellos que omo Von Foerster (1988) rehusan separar al observador de lo observado se confrontan inevitablemente con la paradoja autorreferencial, viéndose obligados a formular el problema en otros términos para evitar encontrarse con la pregunta: ¿cómo es posible hablar de una situación en la que participamos sin que nuestra descripción sea contaminada por nuestras percepciones personales?

Fue a fines de los años 80s en que las teorías del construccionismo social empezaron a tomar auge en los Estados Unidos. Uno de sus representantes es Kenneth J. Gergen, profesor de psicología de Swarthmore College en Pennsilvania. Este autor piensa que los significados se construyen y manifiestan en el diálogo permitido por las relaciones humanas. La propia identidad se produce por las narraciones que emanan de los intercambios entre personas (Gergen y Davis, 1990, Gergen, 1992).

Según Gergen (Elkaïm, 1996) las consecuencias de este enfoque para la terapia familiar pueden ser:

* El compromiso del terapeuta y el paciente no es el develar una verdad cualquiera, su compromiso es generar entre ellos un diálogo potencialmente productivo.
* Cuando el paciente habla durante la terapia, hay que deslindar el contexto relacional, preguntando para quién hace ese discurso y con qué fin.

* Durante la terapia, los significados son co-construidos tanto por el paciente como por el terapeuta. Ya no existe una voz, sino varias, de modo que el terapeuta ayuda al paciente permitiendo que surjan nuevas voces que le permitan orientarse hacia otros tipos de conversaciones.

Para Harry Goolishian y Harlen Anderson partidarios también de la idea de que la realidad se construye socialmente, la intervención terapéutica es ya un término obsoleto. Ellos piensan que el terapeuta únicamente puede participar en la conversación clínica partiendo de una "posición de perplejidad" (consiste en mantener una posición de apertura y de no saber).

Michel White, terapeuta de Adelaida, en la lejana Australia, piensa que el terapeuta busca junto con el paciente deconstruir las "verdades" que en el tiempo se han separado de las condiciones y de los contextos de su producción. Propone también la externalización de algunos discursos interiorizados, construyendo nuevas narraciones que permitan la incursión del cliente en otras realidades alternativas.

Viendo cómo estas ideas del posmodernismo, el constructivismo radical, el construccionismo social, la narrativa, etc., han influido en la manera de hacer terapia, no podemos estar ajenos a la forma como todo ello tiene que influir y afectar la investigación.

Es interesante observar como inicialmente el paradigma de la teoría sistémica se fue ampliando durante los años sesenta a los noventa. Posteriormente lo que se hacía en las sesiones clínicas también fue cambiando, aunque mucho más lentamente. Pero si hacemos el mismo análisis retrospectivo en el campo de la investigación, podemos observar que en mucho, continuamos con prácticas y métodos correspondientes a la idea positivista de ciencia de los años 50. Inmediatamente uno se pregunta ¿a qué se debe que las prácticas de investigación no cambien? ¿Porqué se cometen errores epistemológicos tan graves al emplear viejas técnicas de investigación para los nuevos paradigmas?

Dora Fried Schnitman en la Introducción de su libro *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (1995), refiriéndose a la manera

como nos acercamos al nuevo milenio, señala que "en la vida cotidiana se instaura una relatividad creciente, y los criterios universales de verdad son remplazados por múltiples universos de discurso. Las alternativas, la construcción social de la ciencia y el no adscribir a una única verdad objetiva son fenómenos que introducen la necesidad de tomar en cuenta cuestiones éticas de elección, responsabilidad y libertad. La ciencia no es neutra; sirve para destruir y construir, así como para alterar cursos de acción" (p. 26). Lo que significa también, que el hombre empieza a adquirir cierta humildad respecto a la infinita variedad y complejidad del mundo en que nos movemos. Hemos ido desplazándonos de la certezas y la manipulación de un mundo simple y ordenado, hacia la comprensión de que la realidad es una compleja red de interacciones, donde hemos empezado a reconocer la inevitable impredictibilidad de los sistemas vivos.

Si todo esto es así, si creemos en lo que hemos expuesto hasta este momento, significaría entonces que tenemos que empezar a trabajar para lograr replantearnos lo que hacemos dentro de la investigación. ¿Tiene sentido hacer investigación si no es posible la generalización ni la predicción?, ¿con qué instrumentos podríamos acercarnos al evento que estamos estudiando?

La perdida de las certezas, nos llevaría hacia una nueva conciencia de la incertidumbre, a reflexionar sobre lo ya pensado, nos llevaría también, hacia un proceso de segundo orden. Donde además incluyéramos responsablemente nuestra propia visión como observadores del mundo en que participamos.

Como todo movimiento tiene un camino de ida y vuelta, el positivismo nos condujo hacia la posibilidad de conocer la totalidad y de permitirnos confiar en un método, el método experimental como una forma válida de obtener certezas. Ahora, ya de regreso vemos aquello como una mera ilusión, como dice Maturana el sujeto humano no es capaz de distinguir entre realidad e ilusión ni tampoco distingue el error en el momento, sino sólo *a posteriori*. Nos damos cuenta que hemos perdido las certezas, lo que nos permite estar abiertos a la incertidumbre y al caos. Debemos luchar por la

conjunción de paradigmas y estar alertas contra la disyunción. Tenemos la experiencia que separa al sujeto del contexto en el que interactúa, nos da una visión muy pobre de lo que ocurre.

Hay quienes incluso, están contra el método en las ciencias (véase la teoría de Feyerabend, 1992 y Gadamer, 1991). Hay otros más que proponen no un método general que sirva para todo conocer, sino un método que permita encontrar las semejanzas, la articulación entre la diversidad de realidades presentes.

La teoría científica, la sociedad, la terapia, el arte y la investigación tienden a converger, estos hilos se bordan juntos, haciendo que la realidad (el mundo en que vivimos) se vuelva intensamente compleja y las respuestas no sean directas ni estables.

Al dejar atrás las certezas del positivismo, de que el mundo podía ser conocido, y tomando como trampolín esta perspectiva posmoderna, podemos percibir un nuevo paradigma en que todo ha cambiado, el observador construye la calidad de lo observado, le confiere existencia. Sólo la crítica y la imaginación pueden darle consistencia al oficio del quehacer científico. Como ya vimos, la verdad y la realidad no existen como tales, sólo existe la percepción y sus juegos cognitivos, la construcción y la interpretación, la objetividad es sólo un momento de la reflexividad que es un movimiento constante de la observación. De modo que el dominio anterior de la ciencia positiva se ha transformado en la interacción democrática de la comunicación. (Galindo Cáceres, 1998)

Desde esta nueva perspectiva la investigación en vez de ser el develamiento de una verdad preexistente, se transforma en un proceso creativo, en una construcción viva. Esta nueva visión sobre el investigador que construye lo observado, consciente de que ésta construcción está en función de los propios parámetros sobre los cuales se efectúa la observación. Lo que significa también, que el observador se transforma con el empleo del instrumento de investigación y por el hecho mismo de entrar en contacto conscientemente con un ente social, es decir, con otro sistema complejo. Y al transformarse modifica también su entorno, el instrumento y lo observado, en un proceso continuo de reflexión y co-construcción.

De esta manera, el investigador debe concebirse como un constructor creativo, un observador que reflexiona constantemente sobre su obra, y sobre el papel que como ser social le ha conferido la historia.

Bibliografía

1. Bandler, R. & Grinder, J. (1980) "La estructura de la magia". Vol. I *Lenguaje y Terapia*. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
2. Bateson, G. (1979) *Mind and nature: a necessary unity*. New York, E. P. Dutton.
3. —. (1993) *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona, Gedisa.
4. Brown, S. G. (1973) *Laws of form*. Toronto, New York y Londres, Bantam Books.
5. Bruner, J. (1991) *Actos de Significado*, Madrid, Alianza Editorial.
6. Corsi, G.; Esposito, E.; & Baraldi, C. (1996) *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. México, Universidad Iberoamericana, ITESO, Anthropos, Colec. Autores, Textos y Temas. Ciencias Sociales, No. 9.
7. Eguiluz, R. L. (1997) "Una alternativa epistemológica: los métodos cualitativos en las ciencias sociales". *Psicología Iberoamericana. Nueva Epoca*, Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana, Vol. 5, No. 3, 6-12.
8. Elkaïm, M. (1996) "Constructivismo, Construccionismo Social y Narraciones: ¿Están en el límite de lo sistémico?" *Psicoterapia y Familia*. Vol. 9, No. 2, 4-12.
9. Feyerabend, P. (1992) *Tratado contra el método*. Madrid, Editorial Tecnos.
10. Foerster, H. Von (1988) "Construyendo una realidad" en Watzlawick P. (comp.) *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Argentina, Gedisa.
11. —. (1995) "Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden" en Fried Schnitman, D. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Argentina, Paidós
12. —. (1991) *Las semillas de la Cibernética. Obras escogidas*. Edición de Marcelo Pakman. Barcelona, Gedisa, Colec. Terapia Familiar.
13. Fried Schnitman, D. (1995) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Argentina, Paidós.
14. Gadamer, H.G. (1991) *Verdad y Método*. Salamanca, Editorial Sígueme.

15. Galindo Cáceres, J. (coord.) (1998) *Técnicas de Investigación en sociedad, cultura y comunicación.* México, Addison Wesley Longman.
16. Gergen, K. & Davis, E. (Eds.) (1990) *The social construction of the person.* New York, Springer-Verlag.
17. Gergen, K. (1992) *El yo saturado, dilemas de identidad en el mundo contemporáneo.* Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
18. —. (1996) *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social.* Barcelona, Paidós Básica, No.84.
19. Glasersfeld, E. Von (1985) "Reconstructing the concept of knowledge", *Archives of Psychologie*, 53, 91-101.
20. —. (1988) "An Introduction to radical constructivism" en Watzlawick, P. (comp.) *La realidad inventada.* Barcelona, Gedisa.
21. Huneeus, F. (1989) *Lenguaje, enfermedad y pensamiento.* Santiago de Chile, Cuatro Vientos, Colec. Travesía, segunda edición.
22. Ibáñez, T. (1989) *El Conocimiento de la realidad social.* Barcelona, Sendai Ediciones.
23. —. (1994) *Psicología social construccionista.* Selección de Textos: Jiménez Domínguez. México, Universidad de Guadalajara, Colec. Fin de Milenio.
24. Jiménez, G. R. (comp.) (1998) *Familia una construcción social.* México, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
25. Johansen, B. O. (1986) *Introducción a la Teoría General de los Sistemas.* Limusa, México, segunda reimp.
26. Keeney, B. P. (1983) *Aesthetics of Change*, New York, Guilford Press.
27. —. (1979) "Ecosystemic Epistemology. An alternative paradigm for diagnosis". *Family Process,* Vol. 18, 117-129.
28. Lax, W. D. (1997) "Narrativa, construccionismo social y budismo" en Pakman, M. (comp.) *Construcción de la experiencia humana.* Vol. II Barcelona, Gedisa
29. Maturana, H. y Varela, F. (1987) *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding,* Boston, Shambala Publications.
30. Maturana, H. (1995) *La realidad ¿Objetiva o construida?. Elementos biológicos de la realidad.* Tomo I. Barcelona, Anthropos, México, Universidad Iberoamericana, ITESO.
31. —. (1996) *La realidad ¿Objetiva o construida?. Fundamentos biológicos del conocimiento.* Tomo II. Barcelona, Anthropos, México, Universidad Iberoamericana, ITESO.
32. Morin, E. (1992) *Introducción al pensamiento complejo. La inteligencia ciega. Epistemología de la complejidad.* Barcelona, Gedisa,

Colec. Ciencias Cognitivas.
33. Pakman, M. (comp.) (1996) *Construcciones de la experiencia humana.* Vol. I Barcelona, Gedisa.
34. —. (1997) *Construcción de la experiencia humana.* Vol. II Barcelona, Gedisa
35. Szasz, S. & Lerner S. (1996) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.* México, El Colegio de México.
36. Watzlawick, P.; Beavin, J. & Jackson, D. (1974) *Pragmatics of human communication.* New York, Norton.
37. Watzlawick, P. (1986) *¿Es real la realidad? Confusión, Desinformación Comunicación.* Barcelona, Herder, Biblioteca de Psicología No. 52.
38. —. (comp.) (1988) *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Argentina, Gedisa, Colec. El Mamífero Parlante.
39. Winkin, Y. (1987) *La nueva comunicación.* Barcelona, Kairós.

Investigación

La concepción social de adicción como obstáculo en el tratamiento familiar

*Mario C. Bejos Lucero**

¿De dónde viene la concepción que tienen las familias sobre el consumo de sustancias legales e ilegales?, ¿qué opinión predomina socialmente sobre el abuso del alcohol y otras drogas?, ¿cuál es la postura de los trabajadores de la salud sobre los consumidores y sobre su propio consumo?, ¿de qué manera influyen los medios de comunicación para determinar una visión ideológica y tendenciosa en las familias mexicanas que buscan ayuda psicoterapéutica especializada?, ¿influye la propia concepción social del terapeuta sobre las adicciones en el abordaje de los pacientes con esta problemática?

Viviendo una cultura tóxica

Partamos de una realidad, es más fácil en estos momentos de nuestra realidad, imaginarnos una sociedad de consumo con hábitos tendientes a consumir y consumirnos. Esta realidad —insisto— es más real que imaginarnos actualmente un mundo totalmente abstinente de alternativas modificadoras de la consciencia, conducta y pensamiento, sean éstas sustancias tóxicas, o la rueda de la fortuna o un carrusel y hasta la posibilidad de observar en las nubes, formas efímeras y caprichosas que observamos en un delirio compartido con nuestros hijos. En el campo de las adicciones, en el que yo me

* Egresado de la Licenciatura en Psicología de la UNAM, maestría en la UIA y especialización en ILEF. Fundador de Crisol A.C., Subdirector de la Revista Liber-Addictus. Catedrático de distintos diplomados, conferencias, talleres y especializaciones sobre adicción. Es creador de materiales didácticos para la prevención de adicciones. Trabaja en la consulta privada desde hace 20 años.

he desempeñado, puedo hacer una estadística con aquellos que son legos en la materia y me comentan, ya sea desde su culpa o desde su observación y reflexión cotidiana, que no hay persona que no se drogue o que tenga cierto hábito, concluyen: "todos tenemos adicciones" y me las enumeran una a una: adicción al trabajo, al sexo, al apostar, al deporte, etc. Lo significativo del tema de las drogas no está dado por la sustancia misma, sino por la carga moral, médica, jurídica, que tiene su consumo. A partir de que se acaba la guerra fría entre los gringos y los comunistas, se tiene que crear un nuevo enemigo y éste ha sido el narcotráfico y todo lo que esté alrededor que suene a droga. Es fácil observar que nuestra vida cotidiana está relacionada con tóxicos de manera permanente. Con las drogas buscamos modificar nuestro estado de conciencia, logrando estados placenteros de sedación o activación, facilitándonos el contacto social o disminuyendo la tensión. Nos intoxicamos para modificar nuestro estado de ánimo, ya sea con la intención de recrearnos o simplemente para tolerar esta insoportable levedad del ser. Desde esta perspectiva, las drogas deben ser clasificadas como un "lubricante social" muy importante.

Para esto, he venido nombrando desde hace ya varios años, que vivimos una Cultura Tóxica predominante apoyada por la cultura del consumo. La Cultura Tóxica está dada por el predominio de una serie de valores que enaltecen el consumo de sustancias como una manera normal de ser. Es impresionante la desproporción que existe entre aquella y una cultura de la salud, o más específicamente entre una cultura de la prevención, con la avasalladora cultura del consumo. La tolerancia social hacia el consumo de alcohol y tabaco (dos drogas legales de difícil tratamiento) ha aumentado notoriamente: el deporte en su mayoría es patrocinado por tóxicos legales; ser "fresa" significa cuidar la salud y no arriesgarse, actitud de poca estima para la mayoría de los jóvenes de las últimas cinco décadas. Es como si a alguien le conviniera que el consumo de tóxicos fuera una costumbre persistente en todas las edades y clases sociales. Como lo mencionan los estudiosos en otros países y que fácilmente podríamos aplicarlo a nuestra situación nacional: "mientras el

ciudadano se intoxica, el Estado se fortalece", o como Mao Tse Tung dijo: "la fuerza de Oriente es la droga en Occidente". No podemos dudar con esto que la droga cumple una función sociopolítica de control de masas y a un nivel micro-social sucede en el esquema familiar, donde el hijo se pone en contra del padre y los padres en contra del hijo, el vecino contra el otro, etc.

Dicha Cultura Tóxica prevalece por el velo de misterio que rodea a las drogas ilegales, la promoción de las drogas legales, la iatrogenia de médicos lejanos de los conceptos de prevención y rehabilitación de adicciones, así como la ausencia de conocimientos académicos sobre el tema en las áreas de salud, derecho, antropología y comunicación, sin mencionar la falta de un puente epistemológico entre ellas. También es evidente la carencia de espacios terapéuticos para la desintoxicación y atención de los adictos creados por el Estado. No menos importante sería la urgencia de apoyar económicamente a los programas preventivos con una cantidad similar a la que se utiliza para la lucha contra el narcotráfico. Bajo esta perspectiva debería ser más importante el estudio de la herencia ritual adictiva como costumbre, que la búsqueda de la "piedra angular" del cromosoma genético de la adicción que perpetuaría la búsqueda de culpables, más que una intención preventiva del consumo problemático.

A manera de ejemplo, de lo que es esta excesiva tolerancia hacia el alcohol como droga legal y promovida socialmente, mostraré cómo los valores psicosociales de la cultura tóxica alientan la ingesta cotidiana de su majestad el alcohol:

* Valores alimenticios: efecto nutricional-hidratante; por el sabor favorece el apetito y la digestión.
* Valores medicinales: útil para el ánimo, la energía, el frío, el susto, el desmayo, algunos dolores. Para desinfectar, para el corazón, para el dolor emocional.
* Valores religiosos: bebida "sagrada", espirituosa, favorece estados místicos; por ejemplo, la "sangre de Cristo".
* Valores de vida social: promueve el impulso gregario, facilita la comunicación. Como costumbre, el "viernes social", la barra libre, la hora del amigo. Para negocios. Para el triunfo y la derrota.

* Valores recreativos: favorece la vivencia de goce y permite la expresión de afectos, sensación de bienestar, promovida en bodas, bautizos, quince años, etc. Promueve el acoso sexual.
* Valores de expansión: deshinibe, favorece la pseudocreatividad, cambia la percepción del contexto y la imagen personal.

Es importante señalar que las familias están rodeadas de estos valores y los promueven de generación en generación. Sin embargo, también están inmersas en una ideología donde son víctimas y victimarios. Víctimas porque están influidas por un sistema ideológico que determina su propio código de valores y por lo tanto su comportamiento. Victimarios porque hacia su seno se vuelven implacables cuando establecen un "diagnóstico" tajante hacia el alcohólico o el drogadicto. Es impresionante observar que en esta época mucha gente se vuelve experta y hasta pitonisa cuando habla de aquel que se aleja de la norma estadística o del consumo social y tolerado de sustancias.

Pero ¿cuál es la norma y cómo se determina, sobre todo al tratar el tema de las adicciones?

Cómo adquirimos nuestra opinión

Se ha entendido tradicionalmente a la opinión pública como la suma de opiniones individuales que han alcanzado un reconocimiento público. El comunicólogo argentino Carlos Cossio la describe como

> un fenómeno multitudinario donde las diferencias o discordancias, al contraponerse, se neutralizan por compensación; en tanto que las semejanzas o concordancias se amalgaman creciendo por unificación hasta resultar visibles para todos como esa cosa pública." (Pag.17)

Decía que partir de que se acaba la guerra fría existe un nuevo enemigo a vencer: el narcotráfico, revestido de canciones y rituales de poder, abuso, impunidad y saña. El nuevo enemigo amenaza nuestro discurso cotidiano cuando abordamos temas como la adolescencia y los valores decadentes del fin de año, de siglo, de milenio y de sexenio. La amenaza de la droga y los adictos es contraria a nuestra imagen de bienestar social, a nuestros intereses

personales y familiares, así como a nuestro porvenir. Esta visión se encuentra determinada por un discurso amarillista y tendencioso de nuestros medios mediocres de comunicación. Hebert Marcuse ya advertía que la tecnificación avanzada de los medios masivos de comunicación podría ahogar a la opinión pública. En el caso de las adicciones ha habido un reforzamiento en la visión de las familias, por parte de los medios masivos de comunicación, a través de sus campañas pseudopreventivas, programas de debate y noticieros.

Althusser demostró que los aparatos ideológicos del Estado funcionan principalmente por medio de una ideología, pero en segundo plano presentan una represión disimulada, atenuada, casi simbólica. Así se adiestra ideológicamente a la gente —a las familias— para que actúen represivamente a través de sanciones, exclusiones o comparaciones. En nuestro caso, la familia participa de una forma de pensar y actuar, construida a través de una forma, que el sistema ideológico imperante determina. Se vuelve una extensión en el hogar de una opinión que no necesariamente es propia y que además ni se cuestiona. Diríamos en términos clínicos que es una ideología egosintónica.

Opinión Pública y Opinión Popular

La opinión pública es el instrumento ideológico de control para preservar el poder. Los nuevos paladines de la justicia y la verdad (prensa, radio y televisión) se han vuelto más intocables que los policías perseguidores de Al Capone y de sus fábricas clandestinas de alcohol. Mientras, la familia conforma la célula más segura de reproducción ideológica con la que puede contar el Estado: "bienestar para tu familia", "El canal de la gran familia mexicana" o "Televisión Azteca, señal con valor". En esta célula social es donde se procrean microsociedades de control y represión, ya que los consumidores carecen de los conocimientos para distinguir entre un consumo experimental, ocasional o una adicción propiamente establecida. Con la poca información recibida los familiares se creen expertos en adictología, imponen un diagnóstico y tratan al supuesto adicto como un condenado porque no tiene voluntad ni fuerza para

enfrentar el mundo, o sea, los familiares se identifican con la actitud acusatoria de los medios que los adiestran, sacrificando la cercanía familiar que tanto pregonan, por querer controlar y someter a quien vive como un traidor de los valores que tanto se promueven públicamente. A todo esto lo refuerza un aparato de represión ideológica de las adicciones muy bien armado y alimentado por la opinión pública. Todo esto, lógicamente, va en detrimento del pronóstico de quienes somos especialistas en el tema.

Aunado a lo anterior, los familiares recurren a pseudoespecialistas o gente que también está influida por esta ideología de control, quienes acaban volviéndose homeostáticos con la familia denunciadora ya que someten al supuesto adicto, a quien ni siquiera se diagnostica, sino se le trata según el relato familiar, forzando un comportamiento cuyo único resultado reconocible es la abstinencia, premisa muy lejana para un joven que convive en esta Cultura Tóxica, cultura donde jamás logrará o le importará obtener dicha abstinencia. En la mayoría de los casos, el joven quedará ante los demás (familiares, psiquiatras, amigos, maestros, etc.) como un adicto rebelde o sociópata que se desvía de la norma, refugiándose cobardemente en un consumo cada vez más destructivo, alejándose de la familia y de cualquier posibilidad de recuperación aprobada por el sistema social. Así vemos que al sujeto no le queda de otra mas que NO SER para poder SER como lo menciona Eduardo Kalina (p. 20).

Pero sucede que además, en algunas ocasiones, caemos en un doble mensaje contradictorio: los familiares, verdugos del consumidor destructivo, a la hora de cuestionar su propio consumo, basados en los valores antes mencionados, tienden a ser benevolentes.

He aquí una hipótesis de esta contradicción: la opinión pública no es la opinión del público o popular necesariamente. La opinión popular se da en cualquier situación colectiva y traduce un proceso cualitativo en una suma de opiniones personales. El ejemplo lo encontramos en un momento de elecciones, en las personas que asisten a un concierto, o en los espectadores de futbol. Existe una opinión del público y en los tres casos dicha opinión se constituye mediante el mismo proceso de recuento individual que se suma a

las opiniones coincidentes. En cambio, la opinión pública, que también requiere una situación colectiva, no juega en cualquier situación colectiva. No hay opinión pública entre los espectadores de un partido de futbol como tales.

La opinión pública es una opinión "autorizada" o "calificada" porque en alguna manera traduce "principios" normativos de conducta. La opinión popular se basa en el consenso de una opinión; la opinión pública no es consensuada, pero pretende influir en la opinión popular y normalmente lo logra. Cuando la opinión pública llega a la opinión popular, se tiende a hablar de ella en singular y en primera persona, como un "yo bebo y fumo porque me gusta", "a mí me conviene esto", "me han dado esta solución", etc. En cambio, cuando la opinión popular es recibida por la opinión pública, se habla de ella con sustantivos colectivos o abstractos, como "el interés de las familias es...", "la orientación espiritual de nosotros los adictos...", "los beneficios que otorgamos los médicos...", "los adictos tienden a ser irresponsables".

El tema de las adicciones puede caber en ambos procesos de opinión, pero al manejarlo como parte de la opinión pública se convierten en una verdad inamovible y perenne que determina a las familias y las personas que no tienen una cultura de la salud. Estas personas se escudan entonces en su opinión popular para sostener un hábito popular, que mientras se trate en grupo y con consecuencias manejables para el grupo no causará conflictos ni será juzgado desde el esquema de la opinión pública. Aquí nacen y se refuerzan las subculturas de la droga, que se caracterizan por su capacidad de crear hábitos, rituales, códigos y complicidades que les permite a los individuos escudarse en sus grupos para consumir sin que se sientan amenazados. El mayor subgrupo tóxico en la sociedad es el del alcohol, debido a la gran tolerancia social que ha desarrollado, gracias al constante bombardeo publicitario de la opinión pública, las ofertas de consumo en todos los niveles sociales y los valores psicosociales existentes.

En la opinión pública se da más peso al derecho a la salud que al de la libertad, de ahí su utilización en todo tipo de campañas

y trabajos con masas; en la opinión popular se le da más peso al derecho de ser libre que al de la salud. Por eso, cuando las familias llegan al consultorio, se presentan con una postura dada por la opinión pública; o sea "di no a las drogas", así justifican su inquisición contra el adicto, quien a sus ojos falló ante el derecho a la salud por abusar de su libertad.

El trabajo terapéutico

Parte del trabajo terapéutico es crear entonces un ambiente de intimidad para rescatar la opinión personal sobre el consumo de sustancias en la vida cotidiana, o sea, retomar la opinión popular que les permitió tolerar el abuso del alcohol o drogas por mucho tiempo, quizás años. O sea, analizar su propio concepto de salud o de libertad, para así pasar de un esquema represivo a uno de tipo terapéutico, que permita evaluar el nivel de consumo del acusado como adicto y establecer un tratamiento adecuado, donde los familiares actúen más en el mejoramiento del pronóstico en vez de ser agentes de la DEA.

También es importante que el terapeuta asuma la responsabilidad de analizar sus propios conceptos, prejuicios y opiniones sobre la droga, el alcoholismo, la familia y, sobre todo, la ideología imperante y tendenciosa que a él también lo determinan, tanto en su propia ideología como en su propio consumo. Pero esa ... es otra historia.

Bibliografía

1. Althusser, L.(1969) *Aparatos ideológicos del Estado*, Ed. Siglo XXI.
2. Bauleo, A. (1974) *Ideología, grupo y familia,* Folio Ediciones.
3. Bejos, L.M. (1991) "Una propuesta de tipología para el diagnóstico de la familia adicta" en *Revista de las Adicciones*. Clínica Cantú. No 4.
4. —. (1994) "Algunos obstáculos para la intrumentación de programas preventivos de las adiciones en el primer nivel" en *Revista Addictus*. No.
5. —. (1997) "Familia y adicciones" en *Revista Liberaddictus.* No. 15.
6. Cossio, C. (1979) *La opinión pública*, Paidós.
7. Frondizi, R. (1981) *¿Qué son los valores?,* Ed. F.C.E. Breviarios.
8. Kalina, E. (1990) *La familia del adicto y otros temas*, Ed.Nueva Visión.

Los pacientes Bordeline y sus familias una comprensión multigeneracional

*Sergio Gorjon Cano**

Cuando los profesionales de la Salud Mental discuten acerca de sus pacientes más frustrantes y problemáticos generalmente se refieren a pacientes Fronterizos o Bordeline. Muchos terapeutas, particularmente en la práctica privada, simplemente se niegan a trabajar con personalidades Borderlines debido a las dificultades en su manejo y la angustia que producen debido a las intensas reacciones contratransferenciales incluidas en el tratamiento.

Características clínicas de los pacientes Bordeline

Los rasgos clínicos principales de los pacientes con un desorden fronterizo de la personalidad (como propiamente se deben llamar) incluyen una identidad inestable (Difusión de Identidad), inestabilidad afectiva, relaciones interpersonales intensas que oscilan entre extremos de idealización y devaluación. Sus estados afectivos oscilan entre una rabia asesina y desesperación suicida, y una adoración y exaltación sin límites. Son mucho más propensos a las acciones impulsivas y autodestructivas. Y lo más importante, les falta un sentimiento coherente de sí mismos.

Su autoestima (su concepto del Self) es sumamente frágil y oscila entre sentimientos de desventurada inferioridad y una superioridad condescendiente. La mayor parte del tiempo se viven defectuosos, "malos" y víctimas. Sin embargo, les falta humildad y

* Centro de Investigaciones Psicosociales A.C. (CRISOL). Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental (UNAM).

les acompaña un cortejo de omnipotencia, vanidad y autojustificación. Sus metas en la vida son confusas, contraditorias, su identidad de género es muy frágil y son propensos a sentimientos aterradores de vacío.

En esa intensidad de sus relaciones interpersonales, tienden a aferrarse a otros en forma muy dependiente. Al mismo tiempo les resulta verdaderamente difícil comprender la existencia separada y motivaciones independientes de otros. Como resultado de esto, sus relaciones están basadas en la satisfacción de sus necesidades, las cuales son esencialmente explorativas y fluctúan no sólo entre la idealización y la devaluación de otros, sino también entre extremos de cercanía y distancia de los mismos.

Superficialmente pueden tener una adaptación social adecuada. Sin embargo, una mirada más cercana a sus vidas revela una historia vocacional y académica errática, y a menudo excesiva movilidad geográfica a lo largo del tiempc.

En el terreno del amor y la sexualidad también los pacientes Borderline muestran también contradicciones, son vulnerables a intensos apasionamientos y una sexualidad promiscua. Sin embargo, fácilmente se desenamoran y su interés sexual concluye en relaciones monogámicas. Tienen una tendencia a las perverciones y una incapacidad para relaciones amorosas profundas.

Su ética, normas e ideales, también están mezclados con contradicciones. Muestran enorme entusiasmo en asuntos morales, pero son fácilmente corruptibles. Sucumben a menudo ante predicadores carismáticos y cultos esotéricos. Su capacidad para experimentar culpa genuina es débil y las restricciones internas a su conducta se centran alrededor de la vergüenza, el miedo y un terror paranoide a ser descubiertos.

Su estilo cognitivo se caracteriza por decisiones atolondradas, de las cuales luego se arrepienten e invierten .

Tienden a mirar las cosas en términos de blanco y negro. En situaciones no estructuradas, caen fácilmente en procesos primarios de pensamiento. Adecuadamente sublimada y coexistiendo con un talento apropiado, esta tendencia puede transformarse en creatividad

artística. Fuera de control contribuye a la vulnerabilidad de estos individuos a episodios psicóticos breves y reversibles.

En suma, el cuadro clínico antes descrito puede también resumirse de acuerdo a la síntesis hecha por Gunderson y Kolb desde 1978:

1. Bajo desempeño a pesar de suficientes o incluso buenas habilidades. En cuanto a dicho rendimiento, no siempre está perturbado. Hay pacientes que nunca buscan ayuda terapéutica y algunos incluso adquieren prominencia social y éxito notable, ya que otros factores más allá de la patología del carácter participan en su beneficio, tales como: talentos naturales, inteligencia, nivel socioeconómico, eventos afortunados, educación, así como identificaciones tardías extrafamiliares con maestros, vecinos, orientadores vocacionales o religiosos.

2. Impulsividad, particularmente en relación a alcohol, drogas o sexualidad.

3. Gestos o intentos manipuladores de carácter suicida.

4. Afectividad exacerbada, particularmente agresividad.

5. Cuadros micropsicóticos en forma de ideaciones paranoides, desrealizaciones y regresión durante el tratamiento.

6. Relaciones íntimas perturbadas por ligas intensas caracterizadas por el uso manipulador de quejas somáticas y conducta provocativa para obtener control y apoyo masoquista.

7. Intensa socialización compulsiva para evitar la soledad y el abandono.

Es importante distinguir entre lo que es un trastorno fronterizo de la personalidad y organización fronteriza de la personalidad.

El trastorno fronterizo de la personalidad es una nomenclatura fenomenológica que se refiere a un síndrome psiquiátrico específico cuya sintomatología hemos descrito y ha sido perfectamente reconocido e incluido en la clasificación del DSM-III en 1980.

En cambio, la organización fronteriza de la personalidad es un concepto psicoestructural con ciertas implicaciones evolutivas y una localización específica en la organización jerárquica del carácter.

El concepto fue introducido en la terminología psicoanalítica por Otto Kernberg en 1967 para referirse a una estructura de carácter acompañada de: difusión de la identidad, predominio de escición sobre la represión. Como principal operación defensiva del ego y una detención en la etapa de separación e individuación de acuerdo a Mahler (con la consecuencia de un déficit en el logro de la constancia objetal), excesiva agresión pregenital y un marcado acento preedípico sobre el complejo de Edipo.

La incapacidad del niño para adquirir constancia objetal origina el desarrollo de una estructura Yoica débil cuya tendencia es a utilizar mecanismos defensivos "primitivos" en un intento de sobrevivir emocionalmente en un mundo impredictible. Los mecanismos de defensa más evidenciados en el trastorno fronterizo de la personalidad son: la escición, la identificación proyectiva, la negación, la idealización, la omnipotencia y la devaluación. (Kernberg, 1979)

El término de "primitivo" se aplica a los mecanismos de defensa en tres diferentes contextos: el primero de carácter evolutivo propone que ciertos mecanismos defensivos son más utilizados tempranamente en la vida, mientras que otros aparecen sólo hasta un mayor grado de organización del Yo.

El siguiente contexto en el cual es usado el término de mecanismo de defensa primitivo, es de carácter motivacional, por ejemplo, de acuerdo al peligro psicológico que el individuo deba manejar. Así, la ansiedad de separación, de castración y la culpa, movilizan defensas como: la represión, formación reactiva, racionalización, conversión y desplazamiento. Profundas amenazas al Yo tales como: a la constancia objetal y pérdida de la identidad; en cambio movilizan: la escición, pérdida regresiva de los límites del Yo, maniobras introyectivas-proyectivas, identificación proyectiva, negación y somatización.

Finalmente, la expresión de defensas primitivas tiene una connotación diagnóstica. Para Kernberg (1984) los individuos con un nivel bajo de organización caracterológica (que incluye todos los trastornos severos de la personalidad) utilizan defensas diferentes

de aquellos con un nivel caracterológico superior (obsesivos, histéricos, fóbicos egosintónicos y depresivomasoquistas).

Para los propósitos de este trabajo, voy a describir fundamentalmente dos de los mecanismos defensivos utilizados con mayor frecuencia por los pacientes Borderline y cuya expresión es fácilmente identificable en el contexto familiar, me refiero a la escición y la identificación proyectiva.

Aunque el término de escición cuenta con una larga historia dentro del psicoanálisis que se remonta a Freud, el uso más moderno del término está íntimamente ligado a los trastornos graves de la personalidad y ha sido desarrollado con mayor amplitud por psicoanalistas como Klein, Fairbain, Kohut, Mahler y Kernberg. Para Kernberg la escición comienza como un medio inevitable, por medio del cual el Yo categoriza sus experiencias placenteras de las displacenteras. Posteriormente, esta misma separación entre buenas y malas representaciones del Self y el objeto sirve al próposito defensivo contra la ambivalencia intensa. Es decir, la incapacidad del niño de tolerar los aspectos gratificantes y frustrantes de los padres, principalmente la madre con la consecuente rabia por la frustración, hace que vivencíe dos madres distintas, la que satisface y frustra, pero en este proceso el propio Yo se divide. El uso de la escisión resulta de cinco manifestaciones clínicas:

1. Incapacidad para experimentar ambivalencia.
2. Oscilaciones en la autoestima.
3. Intensificación de los afectos.
4. Incapacidad para tomar decisiones.
5. Impulsividad egosintónica.

Aunque otros niveles neuróticos de personalidad pueden manifestar escición ocasional y focal, su uso extensivo es un rasgo clínico distintivo de la patología grave del carácter.

La identificación proyectiva es el otro de los mecanismos defensivos mayormente empleados por los pacientes borderline. Opera con el propósito de manejar las partes inaceptables del Self, proyectándolas en otro individuo en una relación estrecha, obligándolo a identificarse con esas partes proyectadas y a actuar

como consecuencia a dicha proyección, lo cual produce una distorsión de la realidad y borramiento de las fronteras del Self. Difiere de la proyección, que es un mecanismo menos primitivo y no involucra el borramiento de las fronteras del Self y provoca una menor necesidad de manipular el objeto externo.

La identificación proyectiva adquiere particular significación para comprender las reacciones constratransferenciales intensas cuando se trata con este tipo de pacientes sea en forma individual a la pareja o la familia en su conjunto.

La escición y la identificación proyectiva son los mecanismos defensivos que proveen las bases para la organización de la vida psíquica en las etapas tempranas de la vida. La madre amorosa puede ser separada de la madre odiada y temida. El Self odiado del niño puede ser fragmentado aparte del Self querido.

Estas operaciones evitan a lo bueno ser destruido por lo malo y proporcionar al niño la oportunidad de experimentar aspectos perturbadores del Self y de otros a distancia, en tanto se encuentre psicológicamente más capaz para la tarea de integrarlos.

Características de las familias Borderline

Con más de 20 años de experiencia en el trabajo con familias de pacientes Bordeline, Craig Everett y Sandra Volgy Everett en dos de sus libros (*Treating the borderline families* y *Short Term Therapy with borderline patients*) han hecho una descripción integradora intrapsíquica a través de la teoría de las relaciones de objeto y la teoría sistémica de las familias borderline y proporcionando un marco específico para su tratamiento.

En general el estudio de las familias borderline ha sido descrito desde un punto de vista psicodinámico o fenomenológico y se han estudiado más bien los subsistemas o a los miembros de ellos y sus interrelaciones, pero no en forma integradora de carácter sistémico.

En general, los pacientes Borderline recuerdan sus experiencias familiares como una combinación de eventos traumáticos tempranos, padres psicológicamente ausentes y conflictos familiares que reflejan un ambiente poco estimulante e inestable. Un patrón

de descuido emocional. Muchas madres han tenido un trastorno psiquiátrico en forma de depresión y/o un trastorno de personalidad. Los padres son propensos al alcoholismo y han tenido problemas interpersonales originados por la deprivación parental temprana y la falta de modelos apropiados que hayan contribuido al establecimiento de relaciones apropiadas a su edad en la escuela.

Everett y Volgy han utilizado un modelo evolutivo e intergeneracional para describir las Familias Borderline, el cual conjunta los datos de diversas investigaciones con su propia experiencia clínica y extienden su estudio al menos a cuatro generaciones para identificar características únicas y consistentes estructurales e interaccionales de estos sistemas familiares.

Identifican, en primer lugar, un patrón multigeneracional de amalgamiento con claras tendencias centrípetas, lo cual quiere decir que las familias borderline despliegan ligas emocionales estrechas y definidas acompañadas de alta emocionalidad recíproca. Miembros de estas familias son literalmente "empujados" a través de varias generaciones en la "danza" del sistema familiar donde se ven luego atrapados.

La separación e individuación resultan problemáticas tanto para los adultos como para los niños.

En segundo lugar, en todos los niveles generacionales, a pesar de patrones erráticos de vínculos entre padres e hijos, parece ser que los miembros de la familias borderline están fuertemente atadas emocionalmente a sus familias de origen y estas lealtades verticales adquieren precedencia sobre las horizontales.

El estudio de tres generaciones permite ver que el proceso de selección de la segunda generación (los padres del futuro paciente borderline) está caracterizado por intensas necesidades emocionales. Así, una mujer dominante selecciona a un marido más pasivo, dependiente y distante, que no desafía o amenaza sus lealtades verticales no resueltas hacia su propia familia de origen. Recíprocamente el marido selecciona a una pareja femenina con la percepción de una fortaleza en ella capaz de nutrir sus necesidades de dependencia a cierta distancia y tolerar también sus lealtades verticales de dependencia.

Ambos conyuges se coluden para permitir, tolerar y continuar sus ligas intensas a sus familias de origen y minimizar el matrimonio.

Esto produce una interacción marital clásica a la que Wyne y sus colaboradores dieron el nombre de pseudomutualidad.

La esposa en esta segunda generación (madre del futuro paciente borderline) parece aportar la sintomatología personal más observable que va desde preocupación emocional excesiva e indisponibilidad maternal hasta alcoholismo y psicosis.

En la medida que el subsistema parental y filial evoluciona, lo tenue de la unión entre los padres permite una triangulación temprana del niño como una forma de desviar sus propios conflictos, empujando al niño al interior del subsistema marital.

Las consecuencias de esta triangulación producen en el niño una tendencia a la "parentificación" o a desempeñar el rol del "chivo emisario". No ha sido aclarado todavía con precisión cuál es el orden del hijo elegido para estas funciones capaces de abrumar y confundir al futuro paciente borderline, aunque frecuentemente resulta ser el mayor.

Este proceso de triangulación ocurre como consecuencia de la distancia y las lealtades verticales de los padres, pero también se produce cuando uno de los padres de la primera generación (abuelo del paciente borderline) es hospitalizado por una enfermedad grave, alcoholismo o alguna crisis psiquiátrica que lo obligue a un mayor reforzamiento de sus lealtades verticales.

Cuando este hijo parentificado destinado a ser el futuro paciente borderline madura, él o ella es atrapado en una red confusa y errática de tipo emocional. Por una parte, actividades independientes de estos niños amenazan las necesidades dependientes de los padres; y por otra, estas necesidades de dependencia también amenazan los miedos parentales de vinculación y las lealtades a sus propias familias de origen. Lo cual ocurre durante la fase de separación e individuación del niño, confirmando la teoría de Mahler de la génesis del trastorno. Y es específicamente durante la subfase de reaproximación cuando la tendencia a la autonomía y el miedo al abandono adquiere proporciones críticas. En estas familias el niño

experimenta sus objetos parentales frecuentemente impredecibles y a menudo no disponibles en función de su mayor investidura afectiva con sus familias de origen. Así esta dinámica proporciona el escenario para la escición interna en este niño parentificado de sus objetos parentales como buenos y malos.

La atención especial y el nivel excesivo de responsabilidad conferido a este niño parentalizado produce celos intensos y rivalidad por parte de los hermanos con repercusiones hasta la vida adulta. Muchos pacientes borderline reportan sentirse como adultos completamente ajenos a sus hermanos.

Al llegar a la adolescencia, las fuerzas centrípetas del sistema adquieren mayor fuerza ante los impulsos normales de individuación del muchacho. Y como puede imaginarse, años más tarde, cualquier esfuerzo por parte de este hijo parental de abandonar el hogar es típicamente abortado y a menudo asociado con conductas suicidas o la formación de otros síntomas. Este es el periodo en que muchos adolescentes son diagnósticados como fronterizos.

El sistema familiar gradualmente empieza a reaccionar ante el potencial de separación del niño parentalizado como un abandono y ese hijo antes idealizado y sobrevalorado pronto pierde sus privilegios, y la familia mina su poder. Subyacente a esta tormenta familiar, permanecen los propios miedos internos de este adolescente al abandono.

Durante esta etapa de separación o abandono del hogar, la paciente borderline parentalizada adquiere más fácilmente la separación física de la familia y a menudo se mueve más abruptamente hacia una relación marital que su contraparte masculina. Sin embargo, el conflicto y la lucha por la separación de estas adolescentes es mayor que en el hombre. Teóricamente parece ser que la intensidad de la parentalización cruzada de género entre una madre y su hijo inhibe cualquier separación marginal, limita el modelaje efectivo del rol masculino y puede perpetuar el amalgamiento y difusión de las fronteras intergeneracionales. Así el individuo borderline tiene enorme dificultad en formar vínculos extrafamiliares, especialmente heterosexuales.

La adolescente borderline parece manejar este conflicto familiar aunado a sus propios temores subyacentes al abandono, reproduciendo a través de su propia selección de pareja, idénticos modelos en los roles de la familia de origen, y después de un matrimonio impulsivo permanecen fuertemente investidas sus lealtades verticales, asimismo tienden a seleccionar un marido pasivo y distante igualmente no del todo o inadadecuamente separado de su familia de origen.

Este proceso etiológico de desarrollo de las familias borderline, a través de varias generaciones, ilustra muy bien lo que Fogarty (1976) ha definido como el "efecto en embudo intergeneracional".

Resumiendo pues, lo que este modelo clínicamente nos muestra, siguiendo un hilo que va de la primera a la tercera generación, es: la intensidad del amalgamiento intergeneracional, fuerzas centrípetas del sistema que inhiben la separación/individuación normal, triangulación del hijo parentalizado y rigidez de las lealtades verticales sobre las horizontales a través del sistema.

Aunque en algunas familias la sintomatología borderline comienza típicamente con los primeros movimientos hacia la separación del adolescente, en otras familias aparece en una etapa posterior después del matrimonio y el comienzo de una nueva familia nuclear con la aparición del rol de padres.

En algunas familias con pacientes borderline, se ha observado que la sintomatología típica no se limita al paciente identificado, sino que puede ser actuada y compartida por otros miembros del sistema. Mandelbaum (1980) ha sugerido que los síntomas individuales del paciente fronterizo se transforman en parte ritualizada de la vida familiar del sistema con el fin de mantener la homeostasis del mismo. Zinner y Shapiro (1972) reportaron un fenómeno de "escisión compartida" en este tipo de familias.

Existen dos tipos consistentes de temas clínicos en las familias borderline: (1) los sentimientos negativos son peligrosos y destructivos; (2) la pérdida y la separación física o emocional son intolerables. Estos temas permean el sistema nuclear entero y se generan de las intensas necesidades emocionales y los mecanismos

defensivos de escisión e identificación proyectiva. Estos temas se despliegan a través de la mitología familiar y son asignados a actos específicos de tal manera que sus roles se desempeñen y mantengan para el mejor funcionamiento del sistema.

Otro de los mitos destinados a la estabilización del sistema dentro de las familias borderline es el llamado "mito suicida", el cual prohibe a sus miembros abandonar el hogar con la sentencia de no sobrevivir si se alejan.

Esta prohibición en contra de partir puede estar tan poderosamente incorporada entre los miembros de la familia que puede acompañarles toda la vida y entonces escuchamos expresiones como "siempre supe que algo así iba a pasar si me iba de mi casa" o "no entiendo cómo mi hermano pudo irse y abandonarnos" (teniendo 30 años).

Los procesos de escición e identificación proyectiva en el sistema

Como lo habíamos mencionado, el mecanismo de escisión es utilizado por el individuo borderline para enfrentar su ambivalencia experimentada en sus relaciones íntimas, las cuales han sido percibidas desde la infancia como frustrantes e intolerables. Entre las familias de los pacientes borderline el fenómeno de la escición también está presente, pero difundido a todo el sistema nuclear familiar.

En el sistema borderline familiar la escición trae como consecuencia una difusión interna de los límites de los subsistemas, asignación de los roles a sus miembros y a menudo límites extrafamiliares cerrados.

Dentro del sistema familiar los atributos positivos de "bueno" o "malo" son separados y distribuidos en diferentes miembros para contribuir al restro de la mitología familiar y proteger a la familia de sentimientos amenazantes de pérdida y desilución, así como de sentimientos negativos de agresividad vivida como aniquiladora. Por ejemplo, en una familia uno de los hijos aparece como "la oveja negra", el agresivo o rebelde y totalmente dependiente de la madre y otro u otros el ejemplo del hijo responsable, formal, sensato, pero reprimido y frecuentemente alejado de la familia.

En tanto que el mecanismo defensivo de la identificación proyectiva apareció desde hace tiempo en la literatura psicoanalítica (Klein 1946) y psiquiátrica, no ha sido reconocido ampliamente o integrado en la literatura de la Terapia Familiar. Boszormenyi-Nagy y Spark (1973) lo identificaron como un componente de la "parentificación". Framo (1972) identificó un concepto similar como "asignación irracional de roles" en las familias, y Dicks (1967) la vió como un componente de la complementaridad marital. Bowen (1971) la definió como un "proceso familiar proyectivo" y Skynner identificó el concepto como "sistemas proyectivos".

En las familias borderline la identificación proyectiva es empleada en conjunto con el proceso de escición del sistema, acarreando la asignación rígida de roles y expectativas entre los miembros de la familia, difusión de los límites personales y la falta de expresión o deflexión de los recursos emocionales de un sistema a otro. Así, los miembros de la familia actúan ciertos roles definidos unos con otros en tanto permanencen vulnerables a las influencias intrusivas o acciones de otro.

En un sistema conyugal, donde el creciente conflicto entre la pareja puede amenazar la supervivencia del sistema, la agresión se proyecta en uno de los hijos quien acepta la proyección del conflicto marital y actúa más agresivamente de acuerdo a la descripción clásica del "chivo emisario" y la consecuente triangulación del hijo.

En sistemas más estables la existencia de un sólo triángulo central como el descrito basta para mantener el equilibrio. Pero en la familias borderline es necesario la presencia de dos triangulos centrales (no accesorios como en cualquier otro sistema) a los que se han llamados *triángulos coexistentes*. Ellos toman la forma de las imágenes escindidas y proyectadas de un hijo "bueno" y otro "malo" dentro del sistema.

A diferencia de otro tipo de familias, en las familias borderline, el hijo parentalizado que ocupa el rol del "buen hijo" desempeña un rol mucho más complejo, que los Everett (1998) han llamado el hijo omnipotente/pseudoparentificado. Este buen hijo mantiene las distorsiones y mitología del sistema. Es percibido como perfecto,

no sigue reglas, actúa sin consecuencias punitivas y es incondicionalmente retroalimentado.

Eventualmente este hijo puede hacerse altamente manipulador, pero desempeña un eje crucial en la estabilización del resto del sistema familiar. Como resultado de la atención y poder obtenido por este "buen hijo", puede desencadenarse un alto grado de rivalidad dentro del subsistema filial, pues otros hermanos y hermanas no tienen el mismo acceso al poder del subsistema marital. Sin embargo, la diferencia de este hijo parentificado en las familias fronterizas es que este hijo no desempeña un verdadero rol nutricio o de preocupación por cuidar a la familia como podría esperarse, este tipo de rol es mantenido y regulado claramente por la madre borderline.

El otro triángulo central en las familias borderline tiene en general diferencias, pues el rol del "hijo malo" representa un tipo especial de "chivo emisario". El hijo que acepta la agresividad y el conflicto, no actúa simplemente con conductas agresivas o delictivas hacia afuera del sistema, sino explicitamente vuelca la agresividad hacia el interior de la familia en una forma persecutoria y a menudo aterrorizante que puede incluir amenazas físicas y/o destructividad material en el hogar. En un caso, por ejemplo, una hermana adulta tiene que evitar comer al mismo tiempo que un hermano varón, quien apenas la ve la llena de insultos y le tira la comida encima.

Este rol persecutor también funciona clínicamente para mantener al hijo estrechamente vinculado a la familia en tanto evita la amenaza de separación y contiene la hostilidad fuera del susbsistema conyugal. Entre mayor es el grado de la conducta persecutoria del hijo "malo" en el sistema familiar, más intenso es el nivel del conflicto marital desviado y subyacente. En forma semejante, entre mayor es el nivel de idealización del "buen" hijo, mayor es la distancia emocional entre los esposos. Estos respectivos roles de hijos omnipotentes y persecutorios, en sistema borderline, son apoyados por toda la familia y colusivamente adoptados dentro de su mitología. Y una vez establecidos, se regidizan y perduran más allá de la infancia y aún cuando los hijos dejan el hogar y se casan.

Resulta interesante que la mayor parte de las familias borderline (70%) tienen dos o más hijos; muy pocas tienen sólo uno. En estos casos, el hijo único típicamente desempeña el papel del hijo "bueno" y el padre se transforma en el objeto malo del sistema. En general, este tipo de roles mencionados son de carácter consistente a través del tiempo y raramente intercambiables o compartidos.

Ocasionalmente el exceso de hijos, aquellos no involucrados en alguno de los triángulos coexistentes, dejan la familia prematuramente. Parece como si fueran expulsados por la exclusividad intensa del sistema bi-triangular.

En las familias con dos hijos, cuando uno de ellos crece o se muda, el rol de "malo" automáticamente se desvía hacia el padre, entremezclándose los triángulos coexistentes, pero desempeñando el papel de "malo" el padre y "bueno" el hijo que se queda. Lo mismo ocurre en las familias de padres divorciados.

El rol del "buen" hijo presenta menos fluctuaciones y es menos intercambiable, lo cual indica que esta proyección es la más importante para la estabilidad del sistema. Por otra parte, permite a la familia mantener la creencia de que el sistema está funcionando "normalmente". Los padres pueden advertir al terapeuta de no ser acusados de proporcionar un ambiente destructivo para sus miembros si han sido capaces de procrear a tan buen y perfecto hijo. De esta manera los padres pueden justificar mantener el mismo sistema y resistir los esfuerzos terapéuticos dirigidos hacia la familia completa. Y ya que el hijo "bueno" representa la negación paternal de sus propios impulsos destructivos, la solicitud de ayuda se insiste en que debe enfocarse hacia el hijo "malo" o el padre borderline.

No obstante, las muestras por evitar la separación en estas familias consecuencia de las frustraciones tempranas de los padres con sus propias familias de orígen, esto no significa que exista una verdadera intimidad y cercanía en el sistema borderline. De hecho y en contraste con otros sistemas fusionados típicos, la distancia emocional suele ser enorme.

Esta distancia emocional es regulada y determinada por dos factores: (1) el grado de lealtades verticales de los padres y (2) la

rigidez relativa de los roles proyectados sobre los hijos. Estos mismos factores proporcionan al terapeuta una guía para identificar la tipología familiar que permita una valoración más adecuada del sistema y por lo tanto de los métodos terapéuticos.

Tipología familiar

Las familias borderline y en especial la familia nuclear quien acude a consulta, puede clasificarse de acuerdo al grado de flexibilidad estructural. La menor flexibilidad estructural en un sistema es evidente cuando los roles proyectados en los hijos son rígidos, los padres están atados a sus propias familias de origen y las fronteras externas alrededor del sistema nuclear o multigeneracional son estrechamente cerradas y aislan a la familia de información externa, lo cual se evidencia por la estrechez de la red social.

La mayor flexibilidad estructural es evidente cuando el sistema se adapta más rápidamente al movimiento de los padres entre la familia nuclear y la familia de origen. Muestra menos intensidad tanto en las lealtades verticales como en la actuación de los roles proyectados sobre los hijos. Estos sistemas tienen límites externos más permeables y mayor contacto social fuera de la familia. Los miembros individuales expresan menos adherencia a los temas de la mitología familiar en los subsistemas y despliegan funcionamiento social y escolar más adecuado.

En términos de diagnóstico diferencial, las familias más flexibles estructuralmente pueden aparecer más disfuncionales y rígidas en la primera entrevista como resultado de la acomodación reactiva del sistema a cualquier crisis motivo de la consulta, pero el terapeuta no debe desestimar sus recursos potenciales interactivos reales.

Igualmente en una entrevista temprana con una familia de baja flexibilidad estructural, el clínico debe ser cuidadoso de no valorarla como más adaptable y funcional de lo que es. Esto constituye un error particularmente cuando el paciente identificado es el hijo perseguido y no el individuo borderline, debido a que el sistema puede contener y expresar eficientemente el conflicto a través del hijo, de tal manera que el resto de la familia aparezca calmada y funcional.

Bibliografía

1. Aktar Salman (1995) *Quest for Answers. A primer of understanding and Treting Severe Personality Disorders*. Jason Aronson Inc. London Eng.
2. Boszormenyi-nagy (1973) *Invisible Loyalities*, New York, Haper & Row.
3. Bowen, M. (1978) *Family Therapy in clinical practice*. New York, Jason Aronson.
4. Dicks, H. (1967) *Marital tensions*. New York, Basic Books.
5. Everett, C.A. Halperin, S. Volgy, S. (1989) *Treating de Borderline Family: A Systemic approach*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
6. —. (1998) *Short Term Family Therapy With Borderline Patients*. Geist & Russel Companies. Gallena Illinois.
7. Fairbain, W.R.D. (1975) *Estudio psiconalítico de la personalidad*. Ediciones Hormé, Buenos Aires, Argentina.
8. Framo, J. L. (1992) *Family of origin therapy: An intergenerational approach*. New York, Brunner Mazel.
9. Gurderson, G. Kolb, J. & Austin, V. (1981) *The diagnostic interview for borderline patients*. American Journal of Psychiatry, 138, 896-903.
10. Kernberg, O. F. (1968) *The treatment of patients with borderline personality*. International Jornal of Psycchonalysis, 49, 600-619.
11. —. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Edit. Paidos, Buenos Aires, Argentina.
12. —. (1984) *Trastornos graves de la personalidad*. Manual Moderno, México, D.F.
13. Klein, M. (1946) *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas, Paidos, Buenos Aires, Argentina.
14. Kohut, H. (1971) *Análisis del Self*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.
15. Mahler, Pine, F. & Bergman, A. (1975) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Marymar ediciones, Santiago de Chile.
16. Mandelbaum, A. (1980) *Family characteristics of patients with bordeline and narcicistic disorders*. Bulletin of Menninger Clinic, 44, 201-211.
17. Skynner, R. (1981) *Systems of family and marital pschotherapy*. New York, Brunner/Mazel.
18. Zinner, J. & Shapiro, E.R. (1972) *Splintting in families of borderline adolescents*. In. J. Mack (ed.) Borderline states in Psychiatry. New York, Grune & Straton.

Algunas consideraciones sobre la metodología** cuantitativa y cualitativa en la terapia familiar

*Luz Ma. Rocha Jiménez**

Introducción

La selección de la metodología a utilizar en la investigación de la terapia familiar y marital ha resultado en mi experiencia tanto con colegas como con estudiantes, un tema recurrente y controversial. Surge en estos casos lo que a nuestro juicio constituye una falsa contraposición entre la metodología cuantitativa y la metodología cualitativa. Este punto es candente en el ámbito académico universitario: existe una división entre psicólogos clínicos y los experimentales. Creo que ésta se debe más a la aplicación u operatividad en el campo, que a las características propias de cada uno de los métodos aludidos. Esta situación de desconfianza es reflejo de lo sucedido en los Estados Unidos de Norteamérica: quienes hacen uso o quienes de alguna manera se encuentran relacionados con la metodología tradicional se resisten a aceptar una transformación de los métodos de análisis de la conducta. Sin embargo, considero que se ha abierto ya la puerta, por lo menos a la escucha de una nueva alternativa.

La preocupación es la limitación de resultados de las investigaciones, lo que restringe el desarrollo de nuevas técnicas y estrategias clínicas para la terapia familiar y marital.

* Profesora invitada de la Universidad Autónoma de Tlaxcala y profesora de la Universidad Nacional Autónoma de México.

** Mi agradecimiento a la Dra. Teresa Döring por la corrección de estilo del texto.

De aquí que la finalidad de este trabajo sea hacer referencia a algunas consideraciones generales teóricas y algunas prácticas sobre la metodología de investigación en el campo de la terapia familiar y marital. De ninguna manera pretende ser el planteamiento de una experta en el terreno de la metodología y de la investigación. Constituye, en cambio, la visión de una profesional interesada en lograr que la terapia familiar y marital sea un proceso más eficiente.

Características de la metodología cuantitativa y cualitativa

Como sabemos, la investigación en los Estados Unidos, principalmente, y en otras latitudes, ha sufrido una transformación a través de los años; de una confianza estricta en la metodología cuantitativa a una incorporación y aceptación de la metodología cualitativa, como señalan Sprenkle y Bischoff en Nichols y Schwartz (1995). Y como ya mencionábamos, México sigue las huellas de nuestros vecinos en estos quehaceres. Sin embargo, las publicaciones sobre investigación cualitativa son escasas. (Sprenkle, 1994)

Pero veamos ¿cuáles son las características de cada una de estas herramientas metodológicas? Sprenkle y Bischoff en Nichols y Schwartz (1995) señalan que la investigación cuantitativa

> tiene como objetivo un empirismo científico riguroso utilizando el conteo, comparación, medición y datos subjetivos sometidos a un análisis estadístico. De acuerdo con esta visión estos datos son significativos siempre y cuando tengan consecuencias medibles. Es importante mencionar que esta postura es bastante favorecida en los Estados Unidos por las Agencias que proporcionan fondos para investigación, por los comités editoriales de las revistas periódicas y por los comités académicos doctorales..., (p. 543)

lo cual no es diferente a lo que pasa en nuestro país. Una acción deductiva es la manifestada en las investigaciones de tipo cuantitativo, donde

> el investigador debe especificar claramente las preguntas de investigación, y establecer las hipótesis previo al inicio del estudio.

> El investigador deberá establecer controles sobre los datos que limiten la influencia del mismo permitiendo una explicación más exacta del fenómeno bajo estudio. Con frecuencia estos controles incluyen la aleatorización, una especificación detallada de las variables y las condiciones del estudio, determinación de datos aceptables y no aceptables antes del inicio de la investigación y mediciones no reactivas como la reincidencia y conteo de frecuencias conductuales. Los diseños son generalmente experimentales, enfatizando la predicción de la relación causa-efecto y la verificación de las hipótesis. (P. 543)

En cambio, la investigación cualitativa tiene características fenomenológicas y exploratorias, realiza su trabajo fuera del laboratorio, estudia familias a través de entrevistas profundas dentro del consultorio y en ocasiones en sus hogares, establece reflexiones muy meditadas, las cuales son especialmente útiles en el campo de la terapia familiar donde todavía no se definen claramente los constructos para su estudio. (Nichols y Schwartz, 1995)

> La metodología cualitativa realiza acciones inductivas. Más que usar controles experimentales, lo que intenta explorar el investigador es la riqueza y la variedad de los datos con la esperanza de que esta apertura, flexibilidad y libertad para explorar, conduzca a nuevos descubrimientos. Las estrategias de investigación incluyen seleccionar los eventos que no conformen ideas preconcebidas acerca de lo que se encuentra en los datos (selección teórica), permitiendo a los participantes en la investigación, comentar sobre la reconstrucción de los datos que hace el investigador (chequeo por parte de los miembros), y llevando los datos y sus reconstrucciones a un colega no involucrado para que los comente (desglosar los datos). Es decir, el objetivo de esta postura es de exploración y descripción, no de predicción. (P.543)

Muchos autores comparten con Sprenkle la idea de otorgar valor a ambos métodos de investigación, señalan que los beneficios pueden ser mayores si se aceptan éstos como complementarios. Algunos partidarios de esto son Bischoff (Bischoff y Sprenkle, 1994), Tiesel (1999), Horne (1997), Moon (Moon y Sprenkle, 1992), etc.

Moon y col. (1990) (en Nichols y Schwartz, 1995) menciona que hay tres posturas en la investigación respecto a la controversia entre el uso de la metodología cuantitativa y la cualitativa. La primera considera a los paradigmas de investigación cuantitativos y cualitativos como incompatibles. Señala que las suposiciones acerca del mundo y la naturaleza de la realidad son diferentes para ambos paradigmas y por consiguiente tienen objetivos de investigación incompatibles. La segunda es la de los pragmáticos, interesados en responder a sus preguntas de investigación con el mejor método posible. Consideran que no existe incompatibilidad inherente entre los métodos cuantitativo y cualitativo, y que los investigadores deben seleccionar cualquiera de ellos que responda mejor a sus preguntas particulares de investigación. La tercera es la de los sintetistas, quienes mantienen que las dos metodologías son complementarias. Aunque proporcionan diferentes clases de información, ambas pueden contribuir a una mejor comprensión de los fenómenos bajo estudio.

Antecedentes

El campo de la terapia familiar y marital, principalmente desde un nuevo paradigma, requiere de una perspectiva diferente a los métodos tradicionales de investigación. De aquí que sea necesario plantear los fundamentos teóricos de nuevas alternativas metodológicas para lograr su transformación. Y como en muchas otras áreas, sabemos que lograr un cambio en los patrones de comportamiento tradicionales, en la Psicología Clínica, es una tarea bastante difícil. Se puede esperar que surjan comentarios críticos sobre la eficiencia o ineficiencia del uso de métodos diferentes en el terreno de la conducta.

En este mismo orden de ideas, es paradójico descubrir que el área de la terapia familiar se haya iniciado en la investigación a través de la observación de casos únicos y que haya tenido un gran desarrollo en términos de modelos y técnicas de tratamiento, y actualmente se encuentre cuestionada por el uso de métodos similares a los usados en sus trabajos pioneros, y que además, el investigador y el terapeuta hayan sido la misma persona.

Un nuevo paradigma de la Terapia Familiar y Marital considera como válidos los resultados arrojados por el tratamiento o el análisis de la dinámica de una sola familia, pero la metodología tradicional cuantitativa difícilmente los acepta como válidos; opone como obstáculo la imposibilidad de generalizaciones.

Al respecto, Kazdin (1986) (Feixas y Miró, 1993) sugiere que la intervención es una evaluación ya que considera que el diseño de un sólo caso puede servir para unir al investigador y al terapeuta en uno sólo —de hecho, los inicios de la terapia familiar en Palo Alto se hicieron en investigaciones en las que el investigador era también el terapeuta. Poco a poco se dio un progresivo desencanto por la investigación, debido probablemente a la exigencia en la rigurosidad de los métodos de investigación por operacionalizar la definición de los fenómenos—. Como ya se mencionó, la investigación en psicología clínica es incapaz en gran medida, de cumplir con los requisitos indispensables marcados por la metodología cuantitativa. Uno de los problemas fundamentales es la dificultad para la generalización de resultados. Sin embargo, encontramos que los resultados obtenidos de un sólo caso son en gran medida aplicables a muchos otros casos. El estudio antropológico hecho novela por Lewis (1961) *Los hijos de Sánchez*, se refiere a una sola familia, lo que no impidió que muchos mexicanos se sintieran representados en él.

Kazdin también menciona que los estudios de caso son de utilidad para generar hipótesis de tratamiento, valorar fenómenos poco frecuentes, ilustrar nuevas aplicaciones de tratamientos ya conocidos, informar de nuevos procedimientos, etc.

Sabemos que los análisis cuantitativos son rigurosos y entre más rigurosos, más información valiosa para el clínico se pierde, por lo que está menos interesado en ese tipo de resultados y por lo tanto de métodos. A menudo los clínicos ven los esfuerzos de investigación como reduccionistas.

Como en gran parte de la investigación en psicología clínica los resultados a ser generalizados se encuentran limitados, debido a que las muestras de sujetos que son tomadas de instituciones de salud, son cuestionadas. Así también lo señalan Bischoff y Sprenkle

(1993) en cuanto a los estudios realizados en terapia familiar y marital. La enorme cantidad de casos que involucran a la familia es derivada de clínicas de tratamiento para niños. Sin embargo, también podemos considerar como importantes y reveladores, estudios de un sólo caso.

Desde la perspectiva del construccionismo social, participar de la metodología tradicional es ser inconsistente con sus propios principios (Becvar y Becvar, 1996). Esta postura sostiene que hay muchas formas válidas de conocer los fenómenos; colocar el foco sobre un sólo camino y sobre una sola metodología sería inapropiado porque hay muchas formas de observar la realidad. Si mantenemos la actitud exclusivista, restringimos los descubrimientos y por consiguiente limitamos las técnicas y estrategias de tratamiento potenciales.

La relevancia de discutir las bondades y desventajas de una y otra alternativa (metodología cuantitativa y cualitativa), es poder demostrar la eficacia de otros métodos de investigación diferentes a los tradicionales. Los resultados de estos esfuerzos deben dirigirse a otros clínicos, a las instancias que controlan los fondos monetarios para realizar investigaciones, a nuestros pacientes (Nichols y Schwartz, 1995) y a quienes tienen el control de los programas académicos en las Universidades. La finalidad es permitir el desarrollo del área para descubrir nuevas estrategias que lleven a una mejor capacitación de los profesionales y por consiguiente a un tratamiento terapéutico más eficiente.

La percepción de varios autores es que la metodología tradicional continuará como preferida a pesar de la existencia de nuevos paradigmas de investigación más compatibles con una aproximación postmodernista, por lo que debemos continuar trabajando encaminados a estos propósitos.

De acuerdo con Gurman (Becvar y Becvar, 1994), es un imperativo ético demostrar la eficacia de nuestros modelos de tratamiento antes de dotarlos con más certidumbre de lo que garantizan los propios descubrimientos.

Otro imperativo ético es buscar ser consistente lógicamente dentro de nosotros mismos y nuestro paradigma, dejando que los métodos de investigación se desarrollen, que sean usados y publicados aún ante la actitud de rechazo hacia esta nueva forma de investigación. El construccionismo señala que sus métodos de análisis deben ser congruentes con su propio paradigma, así como debiera ser para toda aproximación teórica.

En cuanto a la investigación cuantitativa, tiene más posibilidades de ser preferida por varias razones. Primero, porque está más de acuerdo con la ideología de las culturas occidentales: es más probable que sea publicada y apoyada económicamente por las agencias que proporcionan fondos. Segundo, es el modelo con el cual los consumidores de los servicios terapéuticos están familiarizados.

Un punto que difícilmente sería resuelto acerca de la preferencia por la investigación cuantitativa frente a la cualitativa se refiere a la idea del conocimiento objetivo, ya que éste no existe desde el paradigma del construccionismo.

Mi postura ante el debate sobre la aceptación de nuevos métodos de investigación es similar a la de Moon y Sprenkle (1992), ambos métodos de investigación cuantitativo y cualitativo pueden ser complementarios, ambos pueden beneficiarse recíprocamente ampliando los descubrimientos de sus respectivos análisis. En este punto quiero mencionar el caso de dos investigaciones en las que estuve involucrada como directora de ambos proyectos de tesis. La primera realizada por Ruíz (1998) quien evaluó un modelo de tratamiento de terapia breve efectuado en el hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro", diseñando una entrevista para realizar el seguimiento de las familias atendidas. Utilizó un modelo de análisis cuantitativo y uno cualitativo entrevistando a diversos terapeutas familiares para el diseño del instrumento. Asimismo, Hernández (1999) utilizó un estudio exploratorio y uno de análisis estadístico. Complementó los resultados encontrados con los comentarios de los diversos terapeutas involucrados en el tratamiento terapéutico, así como los de los pacientes, al margen

de sus respuestas a la entrevista estructurada. El objetivo en este caso fue medir la cohesión y adaptabilidad en familias con un paciente psiquiátrico utilizando el instrumento FACES II.

Como se ha venido comentando, son ampliamente reconocidas las bondades del método cualitativo; sin embargo no se realiza suficiente investigación y por lo tanto las publicaciones son escasas. Sprenkle (1994) señala algunas sugerencias a los autores que aspiran a publicar investigación cualitativa en revistas sobre terapia familiar.

1. "Tu estudio debe ser riguroso" (p. 228). Mientras que las aproximaciones tradicionales hacia la confiabilidad y validez no funcionan para las investigaciones cualitativas, hay una cantidad de procedimientos (como la triangulación) que puede ser usada para incrementar la confiabilidad de los datos.
2. "Debes demostrar conocimiento profundo de la literatura cualitativa. Las referencias deben ser integradas en la descripción de la metodología y debe fundamentarse cada aspecto del diseño y/o debilidad del diseño desde una perspectiva cualitativa...." (p. 228)
3. "Se deben realizar descripciones amplias de los clientes, los terapeutas y el escenario de estudio. Es importante contextualizar el estudio puesto que los resultados no pueden ser generalizados a poblaciones más amplias." (P. 228)
4. "Dado que el investigador a menudo es un "instrumento" de recolección de datos en muchos estudios cualitativos, "es crucial dejar claro el papel del investigador" y hacer explícito el prejuicio o parcialidad del investigador cuando reporta el estudio." (P. 228)
5. "Sé modesto en tus conclusiones. Muy a menudo, los autores sacan inferencias que solamente serían garantizadas si ellos hubieran completado un estudio bien controlado."(P. 228)

Sprenkle ofrece esta guía de sugerencias con el ánimo de ayudar a los posibles autores a reconocer las fortalezas y limitaciones de los métodos cualitativos.

Comentarios finales

Algunas observaciones respecto de la pretendida oposición entre la investigación cuantitativa y la cualitativa son las siguientes:

Si bien es cierto que el desarrollo de la investigación en el campo de la terapia familiar y marital ha sido importante, las publicaciones sobre investigación, principalmente la cualitativa, son limitadas.

Muchos de los resultados arrojados por la investigación en psicología clínica se encuentran restringidos ya que no pueden ser generalizados. Con frecuencia, muchos de las muestras de los sujetos son tomados de instituciones de salud, por lo que no pueden ser representativos de la población. Bischoff y Sprenkle (1993) a su vez mencionan en cuanto a los estudios realizados en terapia familiar y marital, que una gran mayoría de los casos los cuales involucran a la familia, son derivados de clínicas de tratamiento para niños. Sin embargo, podemos considerar a éstos como estudios de un sólo caso.

Un aspecto crítico de gran relevancia para el desarrollo de investigación es que a menudo, nosotros mismos perdemos el interés o no le damos valor a ciertos datos cualitativos relevantes al tratamiento y hasta podría atreverme a decir a devaluar nuestro propio trabajo. Es el caso del seguimiento de las familias. Algunas veces las familias abandonan el tratamiento en las primeras sesiones, en otras pueden terminarlo. Casi nunca o nunca nos ocupamos de constatar si los cambios fueron mantenidos, si empeoró la situación familiar, o si en realidad no hubo cambio alguno, o qué motivó que la familia abandonara el tratamiento. La información que podemos obtener de los pacientes desde un aspecto cualitativo es de una gran riqueza, la considero valiosa como retroalimentación para el terapeuta y por consiguiente para el mejor funcionamiento del tratamiento. La actitud de desinterés en el seguimiento de casos usual en el terapeuta impide el acceso a datos como los referidos lo que impide a su vez la valoración del trabajo, perdiéndose ésta.

Es el caso de una de tantas familias atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos de la UNAM. La familia Zárate, compuesta por una madre de mediana edad, empleada de una institución gubernamental, con dos hijos varones: el mayor de 28 años, con preparatoria incompleta, sin trabajo y problemas de farmacodependencia; el menor de 26 años pasante de licenciatura, y con trabajo

estable. La pareja de la madre, quien también vive con ellos, un hombre algunos años mayor que la madre, con trabajo estable, comparte los gastos familiares. El paciente identificado es el hijo mayor; el motivo de consulta es el problema de farmacodependencia y conductas delictivas como el robo de objetos de la propia familia y de otros. La familia completó las sesiones de tratamiento, se consideró éste como exitoso. Tres años después, uno de los terapeutas que formó parte del equipo terapéutico, azarosamente se encontró al paciente identificado en la calle, mostraba signos claros de deterioro mental a causa de las drogas y su vestimenta era igual a la de un vagabundo. Hubiera sido importante además de interesante conocer el proceso que siguió la dinámica de esta familia, pero desafortunadamente no se programó un seguimiento, ni tampoco se revisaron las sesiones realizadas.

La falta de investigación debe ser evaluada, llámese cualitativa o cuantitativa, pues evita el progreso y desarrollo de nuevos y mejores tratamientos. En este punto es importante mencionar el hecho de que en general, los clínicos están más dedicados a la práctica que a la investigación, lo que reduce las posibilidades de adquirir habilidades metodológicas por parte de éstos. Y muy probablemente cuando se realizan proyectos de investigación, los planteamientos metodológicos son inadecuados, de tal manera que los esfuerzos se ven poco favorecidos.

Otro aspecto a evaluar es que la realización de proyectos de investigación implica un costo económico alto, si las agencias no apoyan estas propuestas, difícilmente se verán culminadas. Actualmente, CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) una de las instancias que promueve y apoya la investigación nacional, ha manifestado la restricción de los apoyos económicos argumentando falta de calidad de los proyectos.

Como vemos, es una situación redundante que tiene como consecuencia esfuerzos aislados, generación de pocos resultados, y por lo tanto lentitud en los hallazgos de nuevas estrategias y técnicas más adecuadas para el logro de un proceso terapéutico más eficiente. Sin embargo y considerando lo anterior, creo que estamos en el

preciso momento de insistir en la aceptación de nuevas perspectivas de análisis metodológico. Si somos congruentes con una postura más flexible y abierta, pensamos que todavía falta mucho por descubrir sobre la metodología para investigar los procesos de tratamiento terapéutico y de la dinámica familiar y marital. Uno de los aspectos de un nuevo paradigma de la terapia familiar es el potencial ilimitado de generar nuevos descubrimientos y como consecuencia la generación de nuevos paradigmas de investigación válidos.

Bibliografía

1. Becvar, D.S. and Becvar, R.J. (1996) *Family Therapy. A systemic integration*. Boston, Ma, Allyn and Bacon.
2. Bischoff, R.J. and Sprenkle, D.H. (1993) "Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research". *Family Process*, Vol. 32, pp. 352-375.
3. Feixas, G. y Miró, M.T. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. México, Paidós.
4. Hernández, A. C. (1999) *Cohesión y adaptabilidad en familias con un paciente psiquiátrico*. Tesis de Licenciatura. México, UNAM.
5. Horne, A.M. (1997) "Family therapy. History, theory and practice". *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 23, No. 2, pp. 219-220.
6. Lewis, O. (1961) *Los hijos de Sánchez*. México, Grijalbo.
7. Moon, S.M. and Sprenkle, D.H. (1992) "Multi-methodological family therapy". Research, AFTA, *Newsletter*: 47, pp. 29-30.
8. Nichols, M. and Schwartz, R. (1995) *Family Therapy: concepts and methods*. Boston, Ma, Allyn and Bacon.
9. Ruiz, F. (1998) *Seguimiento realizado a familias que participaron en un Programa de Terapia Breve*. Tesis de Licenciatura. México, UNAM (impresión en proceso).
10. Sprenkle, D. (1994) "The role of qualitative research and a few suggestions for aspiring authors". *Journal of Marital and Family Therapy*, 20 (3), pp. 227-229.
11. Tiesel, J.W. (1999) "Research methods in Family Therapy". *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 61 (2).

La investigación aplicada en la terapia familiar

Víctor Ruíz-Velasco G.[1]
Marcela Blum Ortíz[2]

1. Resumen

El propósito del presente trabajo es compartir nuestra experiencia en el desarrollo de una línea de investigación en el campo de las familias, de la formación de equipos de trabajo interinstitucional, de reflexión acerca de la investigación tanto cuantitativa como cualitativa, para finalmente hablar de cómo nos estamos incorporando gradualmente en ese proceso, donde la investigación generada por una serie de inquietudes, produce conocimientos que a su vez proponen nuevas formas de abordajes terapéuticos.

En el presente trabajo se incluye una investigación inicial sobre características de las familias con adolescentes deprimidos, luego podremos ver los resultados encontrados en dicha investigación y para terminar revisaremos el proyecto que actualmente estamos realizando sobre la eficacia de diversas medidas terapéuticas para mejorar el funcionamiento familiar.

Introducción

A principios de la década, un grupo de psiquiatras relacionados con el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, comenzamos nuestro adiestramiento como terapeutas familiares. Todos habíamos recibido previamente

1 Profesor titular UAM-Xochimilco. Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental UNAM.
2 Investigadora. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

formación como psicoterapeutas o como psicoanalistas, el encuentro, durante nuestra formación en CRISOL, con el grupo familiar desde el punto de vista sistémico nos despertó grandes inquietudes que pudieron plasmarse en un proyecto de investigación ambicioso, que se fue realizando en forma gradual en ámbitos donde los clínicos hacen poca investigación cuantitativa, como es el terreno de la psicoterapia.

Dos de nosotros habíamos cursado todos los créditos de la maestría en psiquiatría de la UNAM, tuvimos problemas mientras elaborábamos la tesis porque no realizamos con facilidad un protocolo de investigación que tocando campos de interés para la psicoterapia pudiera lograr el visto bueno de los asesores en metodología. Estos nos sugerían temas que tenían más que ver con epidemiología psiquiátrica o con otros temas que no nos despertaban tanto interés por lo lejanos que estaban del mundo intrapsíquico o relacional que era nuestro campo. Estábamos viviendo las consecuencias de la lucha antagónica y descalificatoria entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa.[3]

No obstante que en la última década ha habido un incremento en los estudios de corte cualitativo en el sector salud, en nuestro país son reducidos los espacios y esfuerzos académicos preocupados por la formación permanente y sistemática de los profesionales de

3 En su introducción al *Handbook of cualitative research*, Denzin y Lincoln (1944:4) señalan que: "Los investigadores cualitativos son llamados periodistas, o científicos blandos. Su trabajo es considerado no científico, o sólo exploratorio, o enteramente personal lleno de sesgos". En cuanto a los clínicos, es sabido el mote de "prácticos" o "chamanes a cargo de los rituales diagnósticos y curativos" que algunos investigadores biomédicos suelen aplicarles (como puede leerse, entre muchos otros, en las descripciones de Larralde, 1993). La investigación cualitativa —sostienen Denzin y Lincoln (op. Cit.:4)— es vista por algunos como un asalto a las certezas científicas, que constituyen uno de los logros más apreciados de la civilización occidental, cuya tradición supone que la "verdad" trasciende a las opiniones y sesgos personales, es objetiva y libre de valores". (Martínez Salgado, Carolina y Gustavo Leal, "Investigación cualitativa en el terreno del sector salud", en Mercado Amartínez Francisco Javier y Leticia Robles Silva (comps), *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, UDG OPS, Guadalajara, 1998, pp. 9-15).

la salud interesados en el tema; y aún cuando hay una producción visible, la misma se caracteriza por su dispersión y dificultades en su acceso para quienes ni son especialistas en el tema ni están en contacto con los centros de investigación donde se está llevando a cabo. (Martínez y Leal, op. cit.)

Esto lo mencionamos no como historia, sino como antecedentes del proyecto de investigación que por todo lo anterior, hemos hecho, con apoyo limitado de algunas instituciones y de algunos colegas. Este tipo de respuesta es la consecuencia de hacer trabajos en el campo de la psicoterapia, que es un asunto que no despierta gran interés dentro de las instituciones oficiales, porque la metodología tradicional en investigaciones de este campo es cualitativa (básicamente descripción y análisis de casos).

Al iniciar el diseño del proyecto, contamos con la asesoría de un profesional que además de tener formación en ciencias básicas, tiene práctica y formación que le ha permitido acercarse a lo cualitativo; con su participación hemos elaborado proyectos que le han dado formato cuantitativo a conocimientos que han respondido a nuestras inquietudes. Con este equipo hemos realizado acercamientos explicativos del funcionamiento familiar a partir de análisis de regresión factorial. (Ver Cortés S. J. et al., 1998)

En la investigación actual nos proponemos explorar la posibilidad de acercarnos a la investigación cualitativa, y podríamos decir, acercarnos de nuevo a la investigación cualitativa, ya que la práctica clínica es básicamente una serie de encuentros con pacientes cuyas historias clínicas, historias de enfermedad, historias de vida, son maneras repetidas de realizarla.

Ahora vamos a exponer los documentos de un proyecto de investigación que generó conocimientos sobre la estructura familiar en pacientes deprimidos. Luego de conocer esta estructura, nos pareció pertinente elaborar un trabajo que nos permitiera visualizar si la estructura que ya conocíamos era modificada por diversos tratamientos, incluidos tanto fármacos como la psicoterapia. Esta exposición nos permitirá compartir todos los pasos del proceso de esta investigación aplicada.

2. Proyectos y resultados de las investigaciones

2.1. Características estructurales de las familias con un adolescente deprimido

Antecedentes

La depresión es uno de los padecimientos más frecuentes tanto en la consulta del médico general, como de diversas especialidades. Lo presentan más de la mitad de los pacientes que acuden a estos servicios.

Ya en los años 50s y 60s, Grinker publicó:

> Se ha señalado como un fenómeno curioso que no obstante que la depresión es un padecimiento tan frecuente, no sólo en la práctica hospitalaria sino en la consulta externa, se han realizado muy pocas investigaciones en este campo, en contraste con el trabajo tan intenso que se ha desarrollado en otros padecimientos como la esquizofrenia y otras alteraciones psiquiátricas. (Grinker, R. 1961), (8, 23)

Desde entonces, esta situación ha sido parcialmente corregida, se han publicado numerosos estudios que han aumentado, sobre todo el conocimiento de las bases bioquímicas de la depresión y de la utilidad clínica de diversos medicamentos antidepresivos. Casi todo el trabajo realizado se ha referido a la población adulta, en el terreno de lo individual. Es claro entonces que se requiere de mayor investigación en el terreno de la psicopatología y la psicoterapia de pacientes deprimidos a nivel grupal o familiar.

La atención a la familia como entidad clínica y como campo fructífero de interés teórico para la psicodinámica, se gestó desde la tercera década del siglo, cuando algunos psicoanalistas (Sullivan, Hornay, Thompson, Fromm, Reichman), comenzaban a buscar la comprensión de la enfermedad mental no sólo en los fenómenos intrapsíquicos —que había sido la corriente dominante hasta entonces—, sino en el contexto social, cultural y económico. De manera natural se abrió el interés de la clínica al entorno del inviduo, su familia. Esta evolución en el campo de la psicología fue

contemporáneo a otras ciencias naturales (ecología) o del comportamiento. En la década de los cincuentas, se da un giro epistemológico determinante para muchos campos científicos, con la Teoría General de Sistemas (1), Von Bertalanffy propone la explicación de los fenómenos en forma multicausal, circular, interaccional, rebasa la explicación más simple, linear y monocausal, donde los fenómenos se explican por causa-efecto. La multicausalidad, la interacción entre los subsistemas, genera otro punto de vista, las psicología ya no contempla al individuo aislado, sino que lo contextualiza, y de su contexto, se enfoca a la familia (2 y 3).

La familia está constituida por muchos elementos y puede ser abordada desde muchos puntos de vista, en el presente estudio vamos a focalizar las estructuras de la familia porque conforman el armazón sobre el que giran la mayoría de los fenómenos que conciernen al grupo familiar. Entre las características familiares más importantes aparecen las estructuras familiares, que según Umbarguer (2), son definidas como pautas dinámicas de interacción relativamente duraderas, que ordenan u organizan subsistemas de una familia en forma más o menos constante. La estructura no es un contenedor estático sino dinámico del intercambio interpersonal. Las características estructurales se han venido describiendo en forma gradual desde hace tiempo (3, 4, 5, 7) de tal forma que en la actualidad se contemplan aspectos muy variados que van desde la jerarquía y los límites, hasta la capacidad de expresar afectos dentro de los integrantes del sistema familiar (8).

Al hacer revisión bibliográfica sobre estos temas, encontramos que existen estudios publicados (21 y 22) que dan cuenta de la relación existente entre tipos particulares de depresión en el adolescente y algún suceso o evento asociado al sistema familiar (p.e. intentos suicidas del adolescente y divorcio entre los padres), pero no encontramos una publicación que tomara la depresión como variable asociada a las estructuras de la familia. Entonces se realizó otra búsqueda de información actualizada (últimos 10 años) usando depresión como palabra clave con otras palabras como factores estructurales, roles familiares, medio ambiente familiar, relaciones

familiares, terapia familiar y estructura, encontrándose muy pocas publicaciones en este campo (13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25) y ninguna asociada a depresión en la adolescencia.

Si bien encontramos algunas tesinas y tesis realizadas en la UNAM, el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), en el Instituto Mexicano de Psiquiatría y en la Universidad de las Américas que hablan de algunas estructuras en relación a algunos padecimientos, no encontramos literatura en la que se correlacione directamente la estructura familiar con la depresión del adolescente (9, 10 y 23).

Esta falta de información sobre la relación entre la depresión en general y, específicamente la depresión en el adolescente con la estructura familiar, nos lleva a dirigir el objetivo de este estudio a describir las características estructurales del grupo familiar donde se presenta un adolescente deprimido, como una aproximación para conocer en primera instancia la posible relación entre estos dos constructos.

En el presente estudio tomaremos a las estructuras familiares tal como las concibe Umbarguer (2), "Son pautas de interacción relativamente duraderas que comienzan a organizar u ordenar subsistemas de una familia en forma más o menos constante, no se le concibe como un contenedor estático, sino como un fenómeno dinámico del intercambio interpersonal".

De acuerdo con Espejel (6) la estructura familiar se puede conocer a través de las siguientes áreas estáticas y/o dinámicas.

I. FAMILIOGRAMA. Es la representación esquemática de la familia, que proporciona datos intergeneracionales de los subsistemas.

II. TERRITORIO. Este término se hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

III. ROLES. Son las expectativas conscientes e inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que presente o debiera presentar otro miembro del sistema.

IV. JERARQUIA. Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

V. LIMITES. Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

VI. ALIANZAS. Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

VII. COMUNICACION. Es el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual la gente se relaciona con los demás. Mientras más perturbada está la familia, el proceso de comunicación será más deformado y viceversa.

VIII. AUTONOMIA. Es la habilidad de separarse o hacer elecciones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable para un miembro de la familia está con relación a su edad y a sus potencialidades.

IX. MODOS DE CONTROL DE CONDUCTA. Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo que es bueno y lo que es malo; y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

X. AREA AFECTIVA (DE BIENESTAR). Es la capacidad que tienen los miembros de la familia para mostrarse afectos tanto de manera verbal como no verbal. Algunas familias pueden expresar con más facilidad los afectos de bienestar (alegría, amor).

XI. AREA AFECTIVA (DE MALESTAR). Es la limitación que tienen algunas familias que consiste en la dificultad de manifestar afectos positivos y sólo pueden hablar de emociones de emergencia (miedo, cólera, depresión), y no se atreven a hablar de amor y de ternura a ninguno de sus miembros.

XII. AREAS DE PSICOPATOLOGIA. Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos psicodinámicos o dificultades están presentes en ambos padres o en uno de los hijos. Esta formu-

lación nos permite entender cuán severamente los miembros de la familia pueden estar compartiendo el mismo problema, aunque su conducta sea muy distinta.

Método

Para conseguir el objetivo de investigación antes mencionado, se diseñó el estudio de tipo prospectivo, observacional, comparativo y transversal.

Sujetos

Participaron 50 familias, clasificadas en dos grupos, 25 familias con un adolescente deprimido (P.I.) y 25 familias sin paciente identificado que conformaron el grupo control (G.C.)

Los criterios de inclusión para cada una de las familias al grupo con P.I. se presentan a continuación:

1. Familias que sean enviadas al servicio de terapia familiar del Instituto Nacional de Salud Mental-DIF (InSaMe-DIF), que presentaron un adolescente deprimido.

Los criterios de inclusión para los adolescentes fueron:

2. Ser un adolescente entre los 12 y los 18 años de edad.

3. Haber sido diagnosticado como deprimido por un Paidopsiquiatra, según DSM-IIIR.

4. Haber cumplido con los criterios de Weimberg (12) para depresión en adolescentes.

Estos criterios se mencionan a continuación y se refieren a cada una de las subvariables propuestas por este autor.

4.1. El paciente mostró al menos un indicador tanto de la subvariable I como de la II.

Subvariable I.- Estado de ánimo disfórico (melancolía)

Indicadores:

a. Expresiones o muestras de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.

b. Cambios en el estado de ánimo, malhumor.

c. Irritable, se enfada con facilidad.

d. Hipersensible, llora fácilmente.

e. Negativista, difícil de complacer.

Subvariable II.- Ideación de baja autoestima.

Indicadores:

a. Sentimientos de inutilidad, incapacidad, fealdad, culpabilidad (autoconcepto negativo).

b. Ideas de persecución.

c. Deseos de muerte.

d. Deseos de marcharse, de escaparse de casa.

e. Tentativas de suicidio.

4.2. El paciente mostró dos o más de los siguientes síntomas en cualesquiera de las Subvariables III, IV, V, VI.

Subvariable III. Conducta agresiva (agitación).

Síntomas.

a.. Dificultades en las relaciones interpersonales.

b. Peleón, pendenciero.

c. Poco respeto por la autoridad.

d. Beligerante, hostil, agitado.

e. Discusión, peleas excesivas o ira súbita.

Subvariable IV. Alteraciones en el sueño.

Síntomas.

a. Insomnio de conciliación.

b. Sueño inquieto.

c. Insomnio terminal.

d. Dificultad para despertar por la mañana

Subvariable V. Cambios en el rendimiento escolar

Síntomas.

a. Quejas frecuentes de los maestros: ensimismado, poca concentración, baja memoria.

b. Disminución del esfuerzo habitual en tareas escolares.

c. Pérdida del intereses habitual por actividades escolares no académicas.

Subvariable VI. Socialización disminuida.

Síntomas.

a. Menor participación en grupo.

b. Menos simpático (a), agradable, sociable.
c. Retraimiento social.
d. Pérdida de intereses sociales habituales.

Los criterios de exclusión para cada una de las familias al grupo P.I. se presentan a continuación:

1. Familias que sean enviadas al servicio de terapia familiar del InSaMe, y que además de que exista un adolescente deprimido, cualquiera de los otros miembros se encuentre con psicopatología no depresiva que amerite intervención terapéutica.

2. Que el adolescente deprimido, además presente otra patología física o mental.

Los criterios de eliminación para cada una de las familias al grupo P. I. se presentan a continuación.

1. Familias que hayan cumplido con los criterios de inclusión y que durante la aplicación del instrumento desertaron o sufrieron alguna nueva patología psiquiátrica o física de relevancia suficiente para requerir tratamiento médico, ya que esto podría modificar la estructura familiar.

Los criterios de inclusión para cada una de las familias del grupo G.C. se presentan a continuación.

1. Familias con un nivel socioeconómico aparejado a las familias del grupo con P. I.

2. Familias con una adolescente aparejado por edad y sexo al adolescente deprimido de las familias del grupo con P. I.

Los criterios de inclusión para estos adolescentes fueron:

3. Haber sido diagnósticado como no deprimido por un Paidopsiquiátra, según DSM-III-R.

4. No haber cumplido con los criterios de Weimberg (12) para depresión en adolescentes.

El número de adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión para el G.C. fueron 35 de las 35 familias consideradas. La distribución de los adolescentes por grupo, sexo y edad, se presenta en la tabla correspondiente.

Instrumento

El instrumento utilizado fue el "Cuestionario de evaluación familiar" (Espejel Emma y Cols), publicado en las Memorias del Congreso Interamericano de Psicología, efectuado en La Habana, Cuba, 1987. Este cuestinario es el resultado de varios diseños previos que se pilotearon en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Este instrumento consta de 52 preguntas que exploran las áreas de estructura familiar antes mencionadas.

Las características psicométricas del cuestionario se evaluaron en su versión original para cada una de las preguntas en una escala ordinal del 1 al 8, donde la dirección de la escala se establecio bajo la regla de que a menor puntaje se tenía una estructura más nuclear y a mayor puntaje estructura más extensa, bajo estas consideraciones el instrumento alcanzó los siguientes valores psicométricos: la confiabilidad calculada según el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach fue de 0.75. La confiabilidad del test fue de 13.3% de la varianza total.

Para esta investigación el instrumento no se evaluó como escala, sino como un inventario de estructura familiar y cada una de las preguntas fue analizada por separado. De esta forma los reactivos no se consideraron en escala ordinal, sino que cada uno de ellos fue evaluado a través de una escala nominal, con las siguientes categorías.

1. Padre
2. Madre
3. Padre y Madre
4. Hijos
5. Hijas
6. Toda la familia nuclear
7. Otro pariente
8. Otra persona no familiar
9. Nadie
10. No es el caso.

Procedimiento

Una vez que el servicio del DIF detectaba un adolescente que cumpliera con los criterios de inclusión, éste era referido al servicio de terapia familiar donde se confirmaba el diagnóstico y entonces se citaba a la familia del paciente identificado. Un vez que la familia asistía se les informaba de los objetivos de la investigación y se procedía a realizar la aplicación del instrumento, las respuestas registradas eran las que se obtenían cuando la familia respondía a la pregunta en consenso o en su defecto por mayoría. La aplicación del instrumento se efectuó en una sola sesión. Para la aplicación del instrumento control, el procedimiento fue el mismo, salvo que el adolescente control se seleccionó entre aquellos que en la escuela desearon participar voluntariamente y que a juicio de sus maestros y los psicológos de la escuela cumplían con los criterios de inclusión.

Es importante destacar que entre las familias control durante las entrevistas tendía a dar respuestas que reflejaran una armonía familiar, tal vez mayor que la que existía, para contrarrestar esta actitud dedicamos un tiempo mayor a las entrevistas para atenuar la resistencia a manifestar las tensiones que existían. Por el contrario, las familias con P. I. se mostraron muy participativas, no cuidaban la imagen del grupo sino la autoimagen, con lo que cada miembro de la familia atribuía a los otros las responsabilidades y las culpas de las tensiones que existían.

Análisis estadístico

Las respuestas para cada uno de los reactivos se analizaron a través de una prueba para independencia de variables chi cuadrada, donde se contrastó la frecuencia de respuesta a cada categoría entre los dos grupos. Se permitió que la respuesta a la pregunta participara de varias categorías a la vez. Durante el proceso de análisis, de acuerdo al contenido de la pregunta, se agruparon o dividieron categorías según resultará pertinente, así en algunas preguntas cuando se contestaba a la categoría 3 (padre y madre) ésta se analizó contabilizando dos respuestas una a la categoría 1 (padre) y otra a la categoría 2 (madre), mientras que en otras la respuesta a la

categoría 4 (hijos) se agregó a la categoría 5 (hijas) para formar el subsistema filial. Lo anterior implica que la suma de respuestas por pregunta, resultará mayor al número de familias estudiadas. En los casos donde fue necesario se utilizó como alternativa de contraste chi cuadrada, la prueba exacta de Fisher.

Resultados

Hay diferencias sustantivas en las características de la estructura familiar de las familias con pacientes identificados y las del grupo control.

Si bien en ambos tipos de familia la centralidad de la madre es indiscutible (en lo que parece ser un reflejo de cultura occidental), el entorno de esa centralidad difiere en los dos grupos: en las familias con adolescentes deprimidos, la figura paterna está ausente la mayor parte de las veces y cuando se llega a hacer presente está cargada de conflictos; esto genera carencia de pareja para la madre y la ausencia de autoridad masculina para la familia, mientras que en las familias del grupo control la figura paterna es más presente y sobre todo lo que aparece es una pareja que funciona como tal en relación con los hijos, aunque pareciera que es sólo ante éstos que funciona como tal pero está desvitalizada al interior.

En la familia de los pacientes identificados hay anomia, intervienen extraños al grupo familiar o bien no interviene nadie. Dado que no hay una pareja sólida y clara, las funciones que se esperaría que fuesen asumidas por los padres, se diluyen y participan en ella sujetos ajenos a la pareja e incluso a la familia tanto nuclear como extensa. De ahí deriva una gran confusión en los roles, de jerarquías, ausencia de límites y como consecuencia gran aislamiento, incomunicación, incapacidad de mostrar efectos positivos entre todos los miembros de la familia, especialmente entre los padres, o entre padres a hijos, ya que entre éstos últimos a veces logran establecer un subsistema efectivo.

Dado que en el grupo control los roles paternos son más claros, en la familia se percibe mayor claridad en los límites, las jerarquías, las áreas de decisión y prácticamente no hay intromisión de

elementos ajenos. En esta familia se permite la expresión de afectos positivos, hay menos aislamiento y más comunicación. La familia existe como tal, es un elemento presente.

Lo dicho anteriormente es la visión general de lo hallado en la investigación. A continuación se presentan los hallazgos analizados área por área.

Centralidad: En las familias con P. I. la madre es la figura central a la cual se le reconoce como la más trabajadora, relevante y con mayor número de obligaciones. Esta situación contrasta con las familias del G.C. en las que el padre es reconocido como el más trabajador, con obligaciones, aunque esta relevancia es compartida por la pareja.

Límites: En ambos grupos la autoridad es ejercida con mayor frecuencia por la madre, pero en las familias con P. I. es compartida con los hijos, con otros o no hay autoridad. Con relación a la consistencia en el ejercicio de la autoridad, en la familias con P.I. se encuentran intromisiones por parte de los hermanos y de otros. En las familias del grupo control, la pareja es más funcional y hay más aceptación de los castigos impuestos por la autoridad.

Autonomía: En las familias con P. I. existe sobrecarga de la madre que tiene que asumir las cosas que los demás no hacen; no se oculta la problemática, pero se evita la responsabilidad depositándola en los otros. Hay sobrecarga de la pareja al centralizar las decisiones. Hay intrusión de otros.

Area de control de conducta: En las familias con P. I. aparece la ineficacia del control, el padre es inconsistente al igual que los hermanos. Se permite la intrusión de los otros, se tiende a la desorganización y al caos. En las familias del G.C. hay una mayor efectividad en la pareja y en la familia que no necesita que los otros intervengan, hay menos control.

Alianzas: Es una de las áreas con mayores alteraciones, las familias con P. I. constituyen un grupo familiar desestructurado que no apoya ni acompaña, ni protege, ni ayuda a sus miembros, quienes recurren al exterior para solucionar sus necesidades o bien, se quedan solos e insatisfechos. En las familias del G.C. la familia

ayuda a sus miembros en conflicto, los apoya, los acompaña y los protege, al menos con mayor frecuencia, por lo que requieren de menos intrusión externa, hay menos soledad.

Comunicación: En las familias con P.I. existe aislamiento, con frecuencia nadie escucha, nadie participa en los acuerdos, hay mucha más comunicación con la madre, el padre está ausente. La soledad es muy importante y con frecuencia no recurren a nadie para comunicarse. No hay comunicación intrafamiliar. En las familias del G.C. los adolescentes se relacionan más con sus padres y con sus hermanos; y en general, el sistema tiene mayor comunicación.

Roles: En las familias con P.I. hay poca satisfacción entre los subsistemas y poca participación de los hijos en el mantenimiento de la casa: En las familias del G.C. hay más satisfactores, más cercanía y los adolescentes se involucran en el mantenimiento del hogar.

Jerarquía: En las familias con P.I. hay ausencia del padre, falta de atención hacia los hijos, poca intervención de la pareja, hay faltas graves que no se sancionan. En las familias del grupo control, hay mayor cohesión y control de la pareja hacia los hijos, no hay castigos fuertes porque no se dan faltas graves.

Efectos: En la familia con P. I. la familia no se divierte junta, recibe pocos estímulos, se permite más la expresión de afectos negativos que positivos. En las familias del grupo control hay mayores estímulos, se divierten más. Los padres son más cálidos y se permite más la expresión tanto de afectos positivos como de negativos, hay mayor flexibilidad.

Psicopatología: En las familias con P. I. ésta es la única área en la que el padre aparece en forma significativa: golpea, se embriaga, tiene problemas de conducta, problemas con la policía, problemas sociales y aislamiento. El resto de la familia también se encuentra con alteraciones. Se establece con claridad que no es el adolescente el que presenta patología, sino que hay una alteración en toda la familia.

En las familias del G.C. el padre casi no aparece excepto en relación a la embriaguez, aunque en menor grado que los padres del P.I. En general, el índice de psicopatología es mucho menor.

Otro aspecto que llama la atención, es la diferencia de edades que existe entre ambos grupos, los del grupo control son de mayor edad que los que tienen un paciente identificado y son mucho más jóvenes.

Si bien diferentes autores han asociado la patología de una persona con disfuncionalidad familiar (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39), esta asociación no se ha presentado de una manera clara, identificando aspectos específicos de disfuncionalidad con tipos concretos de patología.

Los resultados de ésta investigación evidencían que hay un patrón específico en la estructura y funcionamiento de las familias que tienen un adolescente deprimido, pero será necesario generar mayor válidez externa para estos hallazgos, replicando la investigación con pacientes identificados que tengan otros diagnósticos, para así poder saber si cada patología se asocia a diferentes tipos de estructura y funcionalidad o si el esquema de disfuncionalidad que hemos descrito es válido para diversas patologías. Poder conocer en el futuro esta diferencia permitirá, en el caso de la primera alternativa, considerar diferencias en la estructura familiar como factores de riesgo de diferentes patologías.

2.2. Efecto de la intervención terapéutica sobre la calidad del funcionamiento familiar en familias donde la madre presenta depresión mayor

Estudio comparativo sobre la eficiencia de la psicoterapia de grupo y la psicoterapia familiar en el manejo de la depresión mayor en pacientes medicadas.

Antecedentes

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente y quizá el más letal. Se ha estimado que 1 de cada 5 personas deprimidas recibe tratamiento psiquiátrico, que 1 de 50 es hospitalizada y que 1 de cada 100 se suicida. Cada año más de 100 millones de personas en todo el mundo desarrollan una depresión clínicamente diagnosticable, una incidencia 10 veces superior a la de la esquizofrenia. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud prevé que este número se incrementará en los próximos años (Sartorius, 1979). Los estudios epidemiológicos indican que entre el 18 y el 26% de las mujeres adultas, y entre el 8 y el 12% de los hombres, experimentarán al menos un episodio de depresión clínicamente significativo en algún momento de su vida (Weissman y Boyd, 1983). En la actualidad, se estima que entre 10 y 14 millones de personas en Estados Unidos presentan una depresión diagnosticable (Weissman y Boyd, 1983).

También se observa un elevado costo asociado a la depresión, si hablamos de suicidio. El National Institute of Mental Health ha informado que, de los 22,000 suicidios que se producen cada año en Estados Unidos, el 80% es provocado por un episodio depresivo. Entre todas las posibles causas que producen riesgo de mortalidad, sobresale la depresión (Lehmann, 1971). Por otra parte, cuando se consideran las diferentes categorías médicas y diagnósticas en las que la depresión está presente de una forma u otra, se observa que un gran número de pacientes está afectado por una subcategoría de este trastorno, lo que demuestra aún mayor claridad que el problema de la depresión es considerable.

Ningún factor por sí sólo podría explicar adecuadamente la amplitud de los fenómenos asociados a la depresión, pero a lo largo de la pasada década, algunos investigadores han dado cada vez más importancia a los aspectos psicosociales de este trastorno (Brown y Harris, 1978; Cane y Gottlieb, 1985; Coyne, Kahn y Gotlib, 1987; Hooley, 1985; Keesler, Price y Wortman, 1985). Como parte del examen de funcionamiento interpersonal, los investigadores han comenzado a evaluar el papel de las relaciones íntimas en la etiología, curso y tratamiento de la depresión, así como del impacto negativo de la depresión en las relaciones matrimoniales y familiares de las personas deprimidas.

La literatura que examina las relaciones de las personas deprimidas con sus parejas y con los niños tiene su origen, en parte,

en los estudios que demuestran que los deprimidos se caracterizan por un funcionamiento interpersonal problemático.

Los pacientes que manifestaron problemas familiares al iniciar el tratamiento, mostraron una mejoría en sus síntomas depresivos y en su funcionamiento social, y mayores probabilidades de recaída tras la terapia individual. En realidad, estos problemas matrimoniales persistían hasta 1 año después, incluso en aquellas mujeres que se habían recuperado de las sintomatología. Estos datos permitieron a Weissman (...) pensar en la relación de pareja como un "barómetro" del estado clínico. Los conyúges de un compañero deprimido rara vez están de acuerdo con él, se ofrecen ayuda de forma ambivalente y lo evalúan de forma negativa. Por el contrario, los deprimidos hablan positivamente de sus parejas y negativamente de ellos mismos. Los resultados de sus investigaciones sugieren que la conducta de los cónyuges de los pacientes deprimidos puede influir tanto en el pronóstico clínico y en su respuesta al tratamiento como en la propia sintomatología y conducta del paciente. Por lo tanto, las relaciones matrimoniales de los deprimidos se caracterizan por la tensión y la hostilidad, y las interacciones negativas de pareja pueden incrementar la probabilidad de recaída en estos pacientes. Keitner y cols. concluyen que existe una clara asociación entre el funcionamiento familiar y la recuperación de una depresión mayor.

En los estudios sobre las relaciones de los individuos deprimidos con sus hijos, en particular las mujeres deprimidas y sus hijos, comparadas con las no deprimidas, se encontró que las madres deprimidas manifiestan estar menos involucradas, siendo menos afectuosas y emocionalmente más distantes con sus hijos, y que experimentan una mayor irritabilidad y resentimiento (Weissman y Cols., 1972). También se ha observado en los hijos de madres deprimidas mayor incidencia de problemas psicológicos y físicos, incluidas la depresión y la ansiedad, la ideación suicida y las dificultades escolares (Billings y Moos, 1983; Weissman y Cols., 1984). Además Billings y Moos (1986) observaron que las madres deprimidas continúan manifestando problemas con sus hijos incluso después de remitir sus propios síntomas depresivos.

La calidad del funcionamiento familiar es un aspecto muntidimensional, y cada una de las dimensiones se relaciona en forma diferente con la enfermedad depresiva (Keitner y Cols., 1995). La comunicación emocional entre los miembros de la familia ha sido estudiada a través de la emoción expresada. Okasha y Cols., indican que un alto nivel de críticas en las familias se asocia con recaídas en la depresión, esta relación no se presentó con respecto al sobreinvolucramiento emocional y a la hostilidad. Uehara concede a un alto nivel de criticismo dentro de la familia la responsabilidad del mantenimiento de un círculo vicioso alrededor de la recurrencia-recaídas o prolongación del episodio depresivo.

En un estudio sobre depresión y funcionamiento familiar McNabb encuentra una fuerte relación entre el APGAR (por las siglas en inglés de adaptabilidad, compañerismo, crecimiento, afectividad y capacidad de resolución de problemas) familiar bajo y la presencia de depresión severa en alguno de los miembros. Schwarz y Zuroff en otro estudio encuentran asociación entre la depresión en estudiantes femeninas con un mayor conflicto de pareja y poder entre los padres, así como inconsistencia en los afectos. Lantz en un estudio sobre el proceso terapéutico de familias con un adolescente deprimido observa que la mejoría del paciente identificado se relaciona claramente con la mejoría en el funcionamiento familiar.

La investigación transversal realizada sobre el funcionamiento familiar de pacientes con depresión mayor, realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Blum y Cols. y las investigaciones paralelas realizadas en la UNAM e INSaMe-DIF (Gorjón, Ruíz Velasco) muestran resultados semejantes que permiten sugerir un patrón definido no tanto en la estructura como en la funcionalidad de las familias con un miembro deprimido caracterizada por:

* Familias amalgamadas
* Con figura paterna periférica
* Centralidad y carga excesiva de la madre
* Caóticas
* Con límites permeables

* Poco consistentes y continentes
* Con deficiente expresión de afectos positivos.
* Con elevada y a menudo descontrolada expresión de afectos negativos.
* Comunicación ineficiente
* Excesiva delegación de funciones parentales en las hijas.
* Elevada psicopatología familiar.

Justificación

En la bibliografía revisada los estudios en conjunto parecen apuntar a la idea de que aunque el paciente remita el funcionamiento familiar persiste alterado y favorece las recaídas. El presente estudio tiene como objetivo comprobar la hipótesis de que en las familias donde la madre presenta depresión mayor, la intervención terapéutica familiar será eficaz para modificar la calidad del funcionamiento familiar y así reducir la incidencia de recaídas, comparándolo con aquellas familias donde la madre deprimida sólo recibe tratamiento farmacológico o asociado a otro tipo de psicoterapia.

Objetivo

Establecer la relación entre la frecuencia de recaídas y recurrencias en madres deprimidas con la calidad del funcionamiento familiar. Esta relación se determinará bajo tres condiciones: Tratamiento farmacológico, tratamiento farmacológico con psicoterapia grupal y tratamiento farmacológico con psicoterapia familiar.

Tipo de investigación

Se trata de un estudio experimental, prospectivo, longitudinal y comparativo.

Variables

Variable Independiente.

Modalidad Terapéutica
Tratamiento farmacológico
Tratamiento farmacológico con psicoterapia grupal
Tratamieno farmacológico con psicoterapia familiar.

Variable Dependiente.

Número de recaídas del cuadro depresivo
Número de recurrencias del cuadro depresivo
Severidad de la depresión
Calidad del funcionamiento familiar
Comunicación afectiva
Comunicación instrumental
Manejo de conflictos
Centralidad y reconocimiento
Organización instrumental
Ausencia de psicopatología

Instrumentos

Escala de depresión de Carroll

Es una escala autoaplicable que consta de 52 preguntas con respuesta dicotómica (Cierto/Falso). Su traducción al español fue validada por Berlanga, Cortés y Bahuer (1992), presenta un coeficiente de consistencia interna de Cronbach= 0.85 y correlación test-retest r=0.72

Escala de funcionamiento familiar

Este instrumento fue desarrollado originalmente por la dra. Emma Espejel y publicado por la Universidad Autónoma de Tlaxcala (1997). Posterior y conjuntamente con ella, el ingeniero José Francisco Cortés, en colaboración con el dr. Víctor Ruíz Velasco, decidieron con algunos fines específicos, manejar sólo seis factores: Comunicación afectiva, Comunicación instrumental, Manejo de conflictos, Centralidad y Reconocimiento, Organización instrumental, Ausencia de psicopatología; estos factores explican el 56.2% de la varianza total.

Su coeficiente de consistencia interna de Cronbach=0.94% se califica de acuerdo al consenso de dos evaluadores presentes en la entrevista, con los mismos criterios desarrollados por la dra. Emma Espejel y el equipo de investigación del Instituto de familia, A.C.

Sujetos

Participarán en el estudio 24 mujeres que cumplan con los siguientes criterios:

Inclusión.

1. Diagnóstico de depresión mayor según criterios del DSM-IV, evaluados por un médico psiquiatra adscrito al servicio de consulta externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
2. Edad 25-50 años.
3. Madres de familia.
4. Con familia completa (padre e hijos)
5. Que acepten participar en el estudio

Exclusión

1. Patología orgánica severa o limitaciones físicas.
2. Adicciones
3. Otro diagnóstico del eje I del DSM-IV
4. Trastorno severo de la personalidad (narcisista, antisocial)

Eliminación

1. Ruptura del subsistema parental por divorcio, separación o muerte.
2. Falta de respuesta al tratamiento farmacológico.

Diseño

Estudio de tres grupos independientes con medidas repetidas (Basal, al final del tratamiento, seguimiento a los 6 meses).

Procedimiento

Las pacientes deprimidas serán seleccionadas por el servicio de consulta externa y remitidas al Departamento de Psicoterapia donde se les proporciona información sobre el estudio y se valorarán los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez que la paciente acepta participar en el estudio se asignará aleatoriamente a una de las tres condiciones y se le citará con su familia para la valoración basal del funcionamiento familiar.

El tratamiento farmacológico será administrado por un psiquiatra adscrito y consistirá de la administración de clorhidrato de imipramina, o el antidepresivo elegido por el médico tratante, a dosis terapéuticas durante 6 meses. En la condición de psicoterapia de grupo los pacientes serán incluidos en cualesquier grupo de los que ofrece el Departamento de Psicoterapia en forma regular. El tratamiento consta de 20 sesiones semanales de 1 hora y media de duración. La modalidad psicoterapéutica es interaccional vivencial (Yalom). En la condición de terapia familiar, las familias recibirán 12 sesiones quincenales de 1 hora de duración. La modalidad psicoterapéutica es sistémica-estructural (Hoffman). Al final del tratamiento las 24 familias serán citadas para reevaluar su funcionamiento familiar, la evaluación de seguimiento se hará seis meses después. Se harán en forma paralela las evaluaciones de la severidad de la depresión. Se llevará un registro de las recurrencias y recaídas.

Análisis de los resultados

Los datos de la calidad del funcionamiento familiar serán analizados por medio de un MANOVA mixto para medidas repetidas 3.6X3. La variable entre sujetos es el tratamiento, las variables intra son las 6 escalas de la Escala del Funcionamiento Familiar y las 3 mediadas repetidas en el tiempo (Línea Base, Fin de tratamiento, Seguimiento). La severidad de la depresión se analizará de forma similar. La frecuencia de recaídas y remisiones se analizarán por medio de 2.

Apoyos materiales

Exención de la cuota de recuperación a las pacientes en estudio.

En caso de que alguna paciente no pueda continuar en el protocolo por razones económicas, se solicita proporcionar el medicamento de manera gratuita.

Observaciones preliminares

Como observaciones preliminares de esta investigación, hemos encontrado que la depresión permea a toda la familia, pudiéndose

distinguir diversas manifestaciones de depresión en varios de sus miembros. Son familias hipercríticas, desvitalizadas, que con frecuencia cancelan las citas o abandonan el tratamiento. La desesperanza es el eje sobre el que giran, lo que hace más difícil el trabajo terapéutico.

Revisamos con cuidado cómo la metodología cuantitativa, que nos ha resultado muy útil como estrategia de entrada al mundo de la investigación, nos queda corta porque a pesar de haber trabajado con un equipo que se rebela frente a las coherciones metodológicas positivistas, hemos visto cómo durante todas las fases del proceso, se nos va la clínica sin poderla asir y se nos quedan también muchos hallazgos en el tintero, porque no tenemos las herramientas para poderlos comprobar. Ahora comenzamos a participar en otro proyecto de investigación, sobre las familias y los trastornos de la alimentación, en el cual nos proponemos emplear metodología cualitativa para satisfacer las necesidades que actualmente tenemos como equipo de investigación.

Bibliografía

1. Aldana Calva E. Perez Arista L. (1990) *Los síntomas depresivos como consecuencia del estado civil de adolescentes embarazadas en el INPer.* Estudio exploratorio. México D.F. UNAM. ENEP-Zaragoza.
2. Andolfi, M. (1989) *Terapia familiar.* México, Paidós.
3. Arieti S. (1974) *American Handbook of Psychiatry*, New York, Basic Books Inc. Publishers.
4. Billings AG., Moosrh (1986) *Children of parents with unipolar depresion: a controled one- year follow -up.* J. Ab. Chhild Psychology, 14:149-166.
5. —. (1983) *Comparisons of children of depressed and nondepressed parents: a social-environmental pespective.* J. Ab. Child Psychology, 11:463-486.
6. Blum M. Cortes J. y Cols. (1995) Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Documento interno.* Reporte de Investigación. México, D.F.
7. Blumenthal SJ. (1990) "Youth suicide: ris factors, assesment, and tratment of adolescent and young adult suicidal patients". *Psychiatr-Clin-Nort-Am,* sep. 13 (3); pp. 511-56.
8. Boszormengyi-Nagy. I. (1988) *Terapia familiar intensiva*, México, Trillas.
9. Briones Ruiz A. (1990) *La tipología familiar como característica contribuyente en la Enuresis infantil.* Tesis de Licenciatura en psicología de la conducta social. México, D.F., Universidad de las Américas.
10. Brown GW, Harris T. (1978) *Social Origins of Depression.* Free Press. New York.
11. Cane DC, Gotlib IH. (1985) *Implicit theories of pschichopathology: implications for interpersonal conceptualizations of depresion.* Social Cognition, 3:341-368.
12. Cantwell P. Dennis. (1988) *Trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia.* Barcelona. Martíez Roca.
13. Cortés et al. *Modelo de funcionamiento familiar.* En prensa, 1988.
14. Coyne JC. Kahn JI, Gotlib IH (1987) "Depression" en T. Jacob (ed). *Family Interaction and Psychopatology.* Plenum New York, 509-533.
15. Dura J. Beck S. (1988) "A comparison of family Functioning when mothers have chronic Pain" en *Pain*, 35, pp. 79-89.
16. Dr. Echeverny Chabur Jorge Enrique (1990) *Incidencia de la depresión en pacientes post-infarto del miocardio.* Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría. Universidad Autonóma de Guadalaja, Instituto Nacional de Psiquiatría - Instituto Nacional de Cardiología. México.
17. Espejel Emma y Cols. *Cuestionario de evaluación familiar, un instrumento de detección comunitaria,* Trabajo presentado en el Congreso Interamericano. La Habana, Cuba, Julio de 1987.
18. Feldman, Larry (1987) "Depresion and Marital Interaction". *Family Process.* Vol 36, No. 3, pp. 389-395.
19. Feldeman S. y Rubenstein J. (1988) "Depressive affect and restraint in Early Adolescents: Relationships with Family Structure, Family Process and Frienship Support", *Journal of Early Adolescence.* Vol. 8, No. 3, pp. 279-296.
20. Ferrari M., Matthews W. y Barabas G. (1983) "Therapy Family and the Child with Epilepsy". *Family Process.* Vol. 22, No. 1, pp. 53-59.
21. Golan S. (1987) "On description of Family Therapy". *Family Process.* Vol. 26 No. 3 pp. 331-340.
22. Harder, David W. (Tufts U., MedFord MA) (1990) "Comment on Wrig, O'Leary, and Balkin's "Shame, Guilt, Narcissim, and depressión., Correlates and Sex differences". *Psichoanalitical Psychology,* spr. Vol. 7 (20 285-289).
23. Hoffman Hooley JM. (1985) "Expressed emotion: a review of the critical literature". *Clinical Psychology Review*, 5; 119-139.

24. Hoffman L. (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar*. F.C. E. México.
25. Keitner G.I., Ryan CE, Miller IW, Kohn R, Bishop DS, Epstein NB (1995) *Role of the family in recovering and major depression.* Am J. Psychiatry, 152: 1002-1008.
26. Keeney B. (1987) *Construcción de terapias familiares sistémicas*, Buenos Aires, Amorrortu.
27. Kessler RC. Price RH, Worthman CB (1985) *Social factors in psychopathology: stress, social support and coping process.* Annual Review of Psychology, 36: 531-572.
28. Kissen M. (1981) "Exploring General Systems Process in group settings". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 18, No. 4, Winter.
29. Kohen Jakob (1977) *Statistical power Analisis for the behavioral sciences*, New York, Academic Press.
30. Lantz J. (1986) *Depression movement in family therapy with depressed adolescents Child and adolescent social work*, 3: 123-128.
31. Lehmann HE (1971) "Epidemiology of depressive disorders" en RR Fieve (ed.) *Depression in the 70's: modern theory and research.* Excepta Medica, Princeton, NJ.
32. Litovsky de Eiguer D. (1980) "Essai de Rapprochement entre la Theorie Systémique et la Théorie Psychanalytique dans leur application a la térapie Familiale". *Neuropsychiatrie de L'Enfance*. París, 28 (9), 375-381.
33. Minuchin, S. (1989) *Técnicas de terapia familiar*, México, Paidós.
34. Martínez Salgado, Carolina y Gustavo Leal, "Investigación cualitativa en el terreno del sector salud", en Mercado Amartínez Francisco Javier y Leticia Robles Silva (comps), *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, UDG OPS, Guadalajara, 1998, pp. 9-15
35. McNabb R. (1983) "Family function and depression". *The Journal of Family Practice*, 16: 169-170.
36. Meneese WB, Yutrzenka BA. (1990) "Correlates of suicidal ideation among rural adolescents". *Suicide-Life-Threat-Behavior.* 20 (3), pp. 206-212.
37. Okasha A, el Akabawi AS, Snyder KS, Wilson AK, Youssef Y, el Dawla AS (1994) *Expressed emotion, perceived criticismo and relapsed in depression: A replication in an egiptian community*. Am. J. Psychiatri, 151 (7): 101-105.
38. Ruíz Velasco V. Cortés J. y Poulat M. (1993) "Características

estructurales y funcionales de las familias con un adolescente deprimido". *Psiquiatría*, 9: 174-196.
39. Sartorius N. (1979) "Research on affective psychosis within the frame work of the WHO programme" en Mschon, E. Strongren (eds.) *Origin Prevention and Tratment of Affective Disorders*. Academic Press. London.
40. Schwarrs JC, Zuroff DC. (1979) *Family structure and depression in female college students.* J. Ab Psychology, 88:398-408.
41. Stoneman Z., Brody H.G. Burke M. (1989) "Marital Quality, Depression an incosistenting parenting, relationship with observed Mother Child Conflict". *American Journal Of Orthopsychiaty*, 59 (1) January.
42. Tseng Wen-Shing M.D. y McDermott Jr. Jhon F. (1980) "Triaxial Family Classification". *Family process*. Vol. 16, No. 3, p. 23-43.
43. Uehara T. (1995) *Expressed emotion and six-month treatment of outcome of depressive outpatints with mood disorder*. Seis hin Shinkeigaku Zasshi, 97 (9): 744-756.
44. Umbarguer C. (1987) *Terapia familiar estructural*, Buenos Aires, Amorrortu ed.
45. Von Bertalanffy, I. (1968) *General System Theory*, Nueva York, George Braziller ed.
46. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff DA., Sholomskas D., Padian N. (1972) "The depressed woman as a mother". *Social Psychiatry*, 7:98-108.
47. Weissman MM. Prussoff DA, Gamnongd, Merikangas KR, Leckman JF. Kidd KK. (1984) *Psichopathology in the children of depressed and normalparents*,. J. Of the American Academy of Child Psychiatry, 23:78-84.
48. Weissman MM. Boyd JH (1983) *The Epidemiology of Affactive Disorders: Rates and Risk Factors*. Greenspoon (Ed.). Psychiatry Update (Vol. 11). American Psychiatric Press. Washington DC.
49. Weissman MM. Paykel ES, Klerman GL (1972) "The depressed woman as a mother". *Social Psychiatry*, 7: 98-108.
50. Yalom ID *Teoría y Práctica de las Psicoterapia de Grupo*. Fondo de Cultura Económica, México.

Supervisión

El proceso formativo en psicoterapia familiar:
Propuesta de evaluación cualitativa en el proceso de supervisión

María de Jesús Albuerne Fentanes *

Proceso formativo

En México, el interés por el proceso formativo en psicoterapia familiar se ha incrementado en los últimos años, como consecuencia del crecimiento y aparición de institutos, maestrías y formaciones que día a día difunden teorías y técnicas sobre la terapia familiar, observándose escasas contribuciones didácticas y debates sobre sus argumentos y propuestas metodológicas en un tema por demás controversial.

Hablar del proceso formativo supone considerar:
Los criterios de admisión a las diferentes instituciones, los cuales requieren un título profesional en psicología, medicina, servicio social, psiquiatría u otras áreas. Una valoración de las actividades mentales y experiencia personal en el aréa clínica a través de una o varias entrevistas individuales con uno o varios didactas de la institución, para conocer las motivaciones orientadas hacia el trabajo clínico con las familias; éstos puntos son discutidos por el grupo de didactas para dar su aprobación de admisión. Es importante subrayar los aspectos personales del candidato ya que el trabajo psicoterapéutico implica compromiso e intenso y profundo trabajo personal, subrayándose la relevancia del propio proceso terapéutico (indi-

* Universidad Autónoma de Tlaxcala.

vidual y/o grupal). A esto se agregan las características del programa formativo, la cantidad de horas o unidades requeridas para los cursos teóricos y prácticos, así como los contenidos, secuencia y requisitos de los mismos. Criterios de valoración de cada uno de los cursos, investigaciones, trabajo final (tesis) y examen oral para conocer las adquisiciones teórico prácticas durante el proceso de formación que haga que la comisión designada valore la competencia científico-clínica del alumno y garantice una capacidad real para el desarrollo de la actividad profesional.

Estas consideraciones pueden agruparse en:

a) Aspectos teóricos.

b) Práctica clínica.

c) Supervisión.

d) Psicoterapia/crecimiento personal.

Los cuales integrado sistémicamente darán un perfil y rol profesional anclados en el conocimiento de sí mismo.

Existen pocos datos acerca de investigaciones y seguimientos sobre el proceso o resultados de la formación en psicoterapia familiar. La dificultad para valorar los procesos formativos nos lleva a plantear o a replantear la necesidad de aspectos metodológicos para realizarlos. La problemática en torno al entrenamiento en psicoterapia familiar y la escasez de investigaciones publicadas nos situa frente a una realidad: se ha escrito mucho sobre psicoterapia relacional sistémica, pero existen pocas investigaciones cuantitativas y cualitativas, así como también pocos modelos de formación y adiestramiento en la práctica clínica de la psicoterapia en relación al número de escuelas, institutos y universidades que ofrecen programas formativos a profesionistas deseosos de aprender la psicoterapia relacional-sistémica.

Desde el proceso de admisión a un programa formativo para llegar a ser un psicoterapeuta, requiere de parte de la institución ideas y acuerdos muy particulares para no convertir el proceso en una experiencia correctiva para el alumno, es necesario un criterio de admisión, que considere lo que es idóneo para hacer psicoterapia. Ruggero (1995), dice que el concepto de lo idóneo es en realidad

una elección difícil que se refiere a la *persona* del alumno y que debe ser compartida por los didactas. Es un momento muy delicado que dura un cierto tiempo y que debe provenir de los encuentros personales. La exactitud o criterios de admisión contrastan con la realidad del mercado un tanto competitivo en el sentido de que en cada escuela hay una inversión de capital y energía en la estructura y en la organización de la formación y en cualquier momento descienden o disminuyen las demandas de admisión y se busca cada vez más ampliar los márgenes de selección para aumentar los grupos. Cada institución debe mostrar coherencia en la capacidad de informar, formar y atender cuidadosamente a cada alumno en el espacio grupal de la formación o con intervenciones personalizadas en un espacio individual.

Para Ruggero (op. cit. p. 32) ser integrante de un grupo de formación en psicoterapia, supone de parte de los alumnos saber y aceptar que los propios aspectos *privados* pueden llegar a ser *públicos* dentro del grupo. Es tarea del didacta proteger este proceso, trabajando sobre la calidad, compromiso y responsabilidad del contexto de escucha, para promover y facilitar el desarrollo de la creatividad del alumno en un espacio grupal, donde sea posible valorar juntos la coherencia de aquello que se ha pensado, fantaseado, se ha dicho y se ha hecho para confrontarlo con otras alternativas. Es importante adiestrar a cada alumno en la *soledad; a compartir con sus pares*; así como a manejar la *separación* de la escuela y grupo de entrenamiento todo ello con el objeto de que cada alumno se cuestione en la *soledad* su *elección* y momento como persona, lo cual le permitirá ser auténtico consigo mismo para poder *compartir* con sus pares en la confrontanción explicitando lo que era implicito, como vía para una formalización y una estructura de pensamiento más elaborada y sociable, poniendo en discusión sus propias definiciones, pues agrega Ruggero, "sólo una persona que acepta de buen grado definirse y poner en discusión sus propias definiciones puede llegar a ser un buen terapeuta".

Loriedo (1995) dice que en la formación del terapeuta la clave del proceso terapéutico y la posibilidad de cambiar a la familia

pasan necesariamente a través del terapeuta, no a través de las técnicas ni del proceso ni de la comprensión, sino a través de la persona del terapeuta y de su *implicación* con la familia. En esta *implicación* se reconoce un proceso que contempla el interior del sistéma y que no tiene la finalidad de considerar los componentes transferenciales y contratransferenciales de la relación porque los contempla en su totalidad; es decir, el involucramiento es bidireccional y recíproco, y es la señal del hecho que dos sistemas diversos, el familiar y el del terapeuta o de los terapeutas (equipo), han establecido entre sí sólidas concesiones independientemente del hecho que estas concesiones puedan dar lugar al consolidarse a patrones repetitivos o a soluciones alternativas.

Withaker (citado en Loriedo, op. cit. p. 45) considera que el involucramiento es un fenómeno exquisitamente sistémico que tiene como características la circularidad y la reciprocidad, y nos ofrece la oportunidad de tomar la escencia sistémica del encuentro entre terapeuta y familia, y formar los medios para intervenir sobre la familia al mismo tiempo que se hace el trabajo necesario sobre la dinámica del terapeuta.

Loriedo (op. cit. pp. 45-49) pone atención particular a siete índices de involucramiento:

1. Incongruencia epistemólogica. Referida al modelo teórico que el terapeuta reconoce y que mientras trabaja con alguna familia demuestra en ciertas ocasiones que no respeta o no sigue los principios en los cuales él cree.

2. Comportamiento automático. Son aquellas conductas de las que el terapeuta no tiene ningún conocimiento y se arriesga a reconocerlas después de haberlas hecho, cuando el supervisor y el equipo se lo señalan o la videograbación se las revela.

3. Omisiones. Estas se verifican cuando sin aparente justificación el terapeuta no hace aquello que sabe hacer en una determinada sesión.

4. Errores. Para Loriedo los errores son considerados como indicadores del involucramiento y antes que corregirlos se busca comprender el sentido que tiene su uso en la relación con la familia.

Para la familia, la experiencia del terapeuta que comete cualquier error es reasegurante en tanto reduce la diferencia de la pesada realidad de la patología y la observación del error que se recupera; para el terapeuta, significa la posibilidad de superar también sus propias dificultades.

5. Fantasías. Un buen terapeuta no puede ignorar sus propias fantasías. El terapeuta que corta sus fantasías no hace más que obstaculizar el acceso de la familia a las fantasías que se desarrollan en su interior. Una vez que el terapeuta reconoce sus fantasías éstas se revelan como un potente instrumento diagnóstico estando en grado de construir un puente con las fantasías de la familia y de sugerir una intervención terapéutica.

Whitaker y Keith (citados en Loriedo, 1995 p. 46) dicen que:

> debe emerger toda la vitalidad y la creatividad del terapeuta, más que confiar en esquemas programados y en desiciones preconstruidas a nivel intelectual: para alcanzar esta finalidad las mejores intervenciones están en la libre asociación o en las fantasías del terapeuta.

6. Emociones y sentimientos. Heimann (citado en Loriedo, op. cit.) reconoce en los sentimientos de un terapeuta, cualquiera que estos sean, un poderoso *instrumento de investigación* para la comprensión del paciente, agregando que la formación del terapeuta no está en la adquisición de capacidades puramente intelectuales, sino en el adiestramiento para sostener las emociones y los sentimientos que son evocados en la relación terapéutica. El supervisor y el equipo necesitan trabajar no sólo para sostener, sino principalmente para *utilizar* las propias respuestas emotivas y ponerlas al servicio del proceso terapéutico, lo cual además es una prueba de la capacidad de involucrarse, pero también de mantener el involucramiento dentro de límites aceptables.

7. Isomorfismo. Cuando se instaura un isomorfismo en el sistema familiar y el sistema observante que incluye al terapeuta y al equipo de supervisión, estamos ante un indicador de involucramiento donde familia y terapeuta desarrollan profundas semejanzas entre sus respectivas relaciones. Cuando el terapeuta

tiene algunas áreas de comportamiento como la familia y repite la modalidad relacional, tiene la oportunidad de experimentar en vivo la misma dificultad de la familia así como de demostrar personalmente que el cambio es posible. Por eso se habla del cambio de la familia a través del cambio del terapeuta.

Aponte (citado en Jiménez, 1998) dice que el entrenamiento de un terapeuta debe capacitarlo para volverlo sensible a sus propias señales emocionales y conductuales que lo alerten sobre si él está manejando o no los aspectos personales de su relación con una familia o paciente.

Jiménez (1998) considera que para llegar a ser un psicoterapeuta es necesario poseer conocimientos sobre procesos de aprendizaje, dinámica de la personalidad, procedimientos y técnicas de evaluación psicológica, psicopatología, principios de interacción social, procesos cognitivos y emocionales, teorías de desarrollo y ciclo vital, etc., además de otros aspectos específicos de cada modelo formativo.

Para Salgado (citado en Jiménez, 1998) los aspirantes a psicoterapeutas necesitan poseer al menos cualidades de: objetividad, honestidad, capacidad de relación, libertad emocional, seguridad, humanidad, integridad, compromiso con el paciente, intuición, paciencia, agudeza, empatía, creatividad e imaginación.

Kniskern y Gurman (citados en Andolfi y Zwerling, 1985) plantean que la formación en psicoterapia familiar se hace a través de tres métodos de entrenamiento:

1. El didáctico: referido a diversas lecturas de libros y artículos sobre modelos teóricos y prácticos en psicoterapia familiar. En este sentido se adoptan dos posturas: o se centran en una determinada escuela de pensamiento o se tiene como objetivo la diversidad de enfoques con un amplio rango de puntos de vista.

Actualmente el aumento en la producción y discusión de teorías y técnicas sobre el tema hace imposible que un proceso formativo de cinco o seis semestres se revise la literatura existente, ante lo cual el planteamiento no se hace esperar ¿qué es lo más adecuado para la formación en psicoterapia en determinada

institución?; ¿qué tipo de contenidos téoricos del programa de entrenamiento en psicoterapia proveen a los alumnos de los conocimientos básicos para su formación y desempeño profesional?

2. La supervisión, cuyas técnicas varían desde centrarse en la familia o en la persona del terapeuta, hasta la orientación teórica y estilo del supervisor, destacándose el estilo relacional que se establece entre las partes interactuantes.

3. Métodos experienciales clasificados en:

a) Terapia personal (individual, grupal, marital o familiar).

b) Entrenamiento en sensitividad y juego de roles.

c) Trabajo con la familia de origen.

Como se observa, el proceso formativo es un hecho que contempla múltiples aspectos que van más alla de una transmisión de la información sobre un plano pedagógico. Las motivaciones más o menos *profundas* de los participantes (alumnos y didáctas); la familia como objeto de estudio visto desde diversos contextos; los estilos relacionales que se establecen y las posturas teóricas; etc.

Ruggero (1995 p. 34) propone diez pequeños objetivos a lograr en el trabajo con los estudiantes en formación:

1. Proceder siempre lo más espontáneamente posible. La espontaneidad es la expresión de nuestro conocimiento interno y de nuestros límites.

2. Buscar siempre en momentos sucesivos formalizar consigo mismo todo aquello que se hace espontáneamente. Este punto se encuentra entre los más difíciles porque implica la capacidad de darse cuenta, de dar forma y de codificar de manera que se pueda ofrecer a otros la propia elaboración.

3. Considerar que aquello que se aprende como un proceso de transformación continua, está condicionado por la propia cultura, la propia experiencia de vida, por la propia historia y por tanto está más cerca al propio punto de vista que a una parte del saber compacto y objetivo.

4. Aceptar compartir con los otros el propio punto de vista para entrar en una dialéctica de público acuerdo o desacuerdo, que permitirá una línea de pensamiento evolutivo.

5. Superar la postura o actitud dicotómica entre mente/cuerpo; individuo/familia; consciente/inconsciente; mundo interno/mundo externo; familia/sociedad; paciente/terapeuta; intrapsíquico/interpersonal.

6. Valorar en un determinado momento, los factores que parecen tener mayor influencia en una situación específica, sean esos de carácter intrapsíquico, relacional, biológico o social, para tener información sobre cómo artícular paso a paso el proyecto terapéutico.

7. Aceptar el principio de la equifinalidad que acredita la posibilidad de recorrer vías diversas para llegar a una misma experiencia, ser por tanto lo más tolerante posible en la confrontación del trabajo con los otros y no absolutista con el propio.

8. Aceptar y actualizar el principio del isomorfismo que permite leer en situaciones diversas las explicaciones de modelos similares.

9. Dar espacio a los elementos imprevistos en el caso, para decidir sobre la marcha y no hacer *a priori* las propias elecciones terapéuticas.

10. Buscar interrogarse constantemente sobre cuales pueden ser los factores mayormente incisivos en el proceso de cambio y sobre aquellos que pueden parecer superficiales o repetitivos.

Ruggero (op.cit. pp. 35-36) trabaja con los alumnos durante el proceso formativo en cuatro areas:

1. La cultura del terapeuta, a través de compartir con los estudiantes *aquello que se hace* conceptos, consideraciones, teorías, comparación entre teorías y lecturas para llegar a manejar un lenguaje común y una conceptualización original y personal.

2. La habilidad del terapeuta, que emerge de la discusión sobre *cómo se hace*. Por medio de videograbaciones, ejercicios, terapias simuladas y terapias reales, el alumno puede adquirir un mayor conocimiento de sí mismo como sujeto comunicante, utilizando no sólo el análisis de la comunicación, sino todos aquellos aspectos de sí mismo que interactúan con los otros y pueden influirlo: la postura corporal, los gestos, el tono de voz, el uso del tiempo y del espacio, tendiendo a reducir el espacio entre lo que se piensa hacer y lo que realmente se hace.

3. La persona del terapeuta significa fijar la atención sobre *quién hace* las cosas. En la persona del terapeuta estan las bases de las capacidades humanas y profesionales, *el ser terapéutico* y el *hacer terapia* forman una amalgama que progresivamente será más difícil diferenciar.

4. Las decisiones del terapeuta se refieren al momento de *cuándo se hacen las cosas*. En el proceso formativo el alumno se encuentra frecuentementeante ante condiciones donde debe elegir, hay que motivarlo y discutirlo. Resulta ilusorio pensar que la elección de aquello que se hace o se dice sea exclusivamente profesional, representa sobre todo, un encuentro entre la historia natural y cultural del paciente junto con su contexto, con la historia del terapeuta y su contexto.

Consideraciones epistemológicas

La metodología para la auto-observación supone partir de premisas básicas hacia una definición clara y precisa de lo que se va a observar para llegar a niveles altos de certeza y comprensión del sentido de las acciones de los sujetos, pues certeza y comprensión del sentido son los fundamentos de la validez de la auto-observación. El concepto de certeza se refiere a la probalidad que otra conciencia similar a la mía acepte el sentido y alcance óntico que mi conciencia objetiva atribuye al objeto y con ello coopera en su constitución. La certeza por tanto aumenta en función del conocimiento vivencial de la persona/s auto-observadora al asumir la premisa epistemológica de conjugar una doble dimensión existencial, es decir se disuelve la barra separadora mediante la integración de sujeto y objeto. La autoobservación constituye un procedimiento de aprendizaje conocimiento inverso del realizado, porque se aprende a ser un observador de sí mismo. Es una reconstrucción del conocimiento a través de la experiencia del sujeto. (Delgado y Gutiérrez 1995)

Pakman (citado en Delgado y Gutiérrez, 1995 p. 361) dice que:

> desde la perspectiva de un participante en interacción permanente, que reflexiona como parte de su práctica interactiva, investigación e

intervención se alimentan mutua y circularmente y se vuelven dos modos posibles de describir la interacción como totalidad.

Participación y observación son dos dimensiones presentes en la experiencia humana. Familia, alumno-terapeuta y supervisor (equipo) son partes interactuantes del proceso formativo donde el objetivo es "la búsqueda del equilibrio entre la teoría, la práctica y el crecimiento personal del equipo" (alumno-terapeuta, supervisor y familia) (Albuerne, 1998).

Las formas de evaluación cualitativa se consideran útiles para asegurarse de explorar las mismas áreas generales en los alumnos-terapeutas. La relación que se establece con el paciente, familia, el supervisor y el equipo, es el contexto relacional para explorar y conocerse a sí mismo y la manera en que cada uno con su historia llega a *saber lo que hace y cómo lo hace*. Es importante que el alumno-terapeuta en la entrevista de discusión con el supervisor acerca de su autovaloración se sienta aceptado para manifestar sus sentimientos y opiniones así como escuchar los del supervisor a fin de obtener datos descriptivos ricos que ayuden al crecimiento personal y a una mejor práctica profesional.

El diseño cualitativo es abierto tanto en su interpretación y análisis como en el contexto situacional donde estan implicados aspectos relacionales que es donde la información de las formas evaluatorias cobran significación y sentido.

Evaluación y supervisión

En el contexto institucional universitario, la supervisión es un curso eminentemente práctico donde el alumno-terapeuta, trabaja con pacientes o familias bajo la observación en vivo a través del espejo unidireccional (cámara de Gesell) o a través de videograbaciones, del supervisor y el equipo para desarrollar e incrementar sus capacidades, habilidades, técnicas, supuestos teóricos y competencia profesional y obstáculos en su proceso formativo como terapeuta.

El presente trabajo hace énfasis en los criterios de valoración cualitativa durante el proceso de supervisión, lo cual se hace indispensable como requisito en todo proceso de enseñanza-aprendizaje; especialmente en la formación de psicoterapeutas cobra significancia, pues no sólo implican la enseñanza y evaluación de conocimientos y habilidades teóricas y técnicas, sino existen implicaciones de interacción humana, vivenciales y emotivas donde la observación del otro y la auto-observación conlleva una experiencia de aprendizaje y crecimiento para cada una de las partes interactuantes. Cada uno de los integrantes del proceso de supervisión necesita comprometerse y trabajar en su proceso formativo, donde en múltiples ocasiones la sola evaluación en la capacidad académica, no es el mejor indicador de una práctica profesional exitosa como psicoterapeuta. Por otra parte, el supervisor no sólo apoya, estimula y confronta consigo mismo al terapeuta en formación, sino evalúa su competencia, en cuanto a su autonomía, confianza, desición y responsabilidad con los pacientes. Por lo expuesto anteriormente, la tarea es compleja, pues es deseable contar con parámetros que funcionen, para que el estudiante en formación instaure dentro de sí la capacidad de auto-observación que lo ayude a conocerse y entenderse a sí mismo para desde ahí afrontar y comprender al otro.

López Carrasco (1998) dice que es importante realizar un proceso de evaluación en la supervisión con la finalidad de conocer sus alcances y limitaciones. Reconoce que el supervisor necesita comunicar con claridad los criterios de supervisión para poder ser analizados y evaluados.

Evaluar la supervisión supone integrar varios aspectos que van desde los postulados teóricos, técnicas, habilidades personales, estilos diversos de hacer las cosas, sin omitir las características de personalidad del terapeuta y supervisor, sus experiencias de vida, incluyendo al equipo y las familias o pacientes.

Con la finalidad de contar con algunos parámetros que faciliten el autoconocimiento y crecimiento personal, así como proporcionar medios para la explicitación de la situación interaccional, se empezó a trabajar en la propuesta de valoración cualitativa en el proceso de supervisión que a continuación se presenta. A partir de septiembre de 1997, tomando como base algunos protocolos de la Universidad

de Scranton en U.S.A. se hizo una traducción al español y se aplicaron en cinco grupos de supervisión en la Universidad Iberoamericana y a un grupo de supervisión en la Universidad Autónoma de Tlaxcala. En base a esta aplicación los alumnos expresaron verbalmente sus incomprensiones a ciertos parámetros, por lo que se procedió a modificar términos y criterios de valoración en las formas 2, 3 y 4. En la forma No. 2 se aumentó la lista de 10 a 21 técnicas. En las formas 5, 8 y 9, hubo un cambio del formato. Resultando en total 9 formas de evaluación cualitativa agrupadas de la siguiente manera:

Forma No. 1 Diseñada para ser llenada por el supervisor, evalúa 5 aspectos:

1. Aspectos operativos.
2. Manejo epistemológico.
3. Capacidad y habilidades clínicas.
4. Manejo de problemas.
5. Integración en la supervisión.

La forma 1 diseñada para ser llenada con los puntos de vista del supervisor producto de sus observaciones, resume algunas cuestiones explicitadas en las otras formas de valoración, con el fin de que el supervisor tenga sus propias líneas de reflexión. Los formatos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9 llenados por el propio terapeuta-alumno en un proceso de autoobservación y autoevaluación que posteriormente en entrevista personal con el supervisor se discuten entre ambos las coincidencias o diferencias en la autoapreciación del alumno, expresando el supervisor su punto de vista y el por qué de su acuerdo o desacuerdo en la autovaloración del alumno. Esto es con el objeto de obtener una retroalimentación mútua que propicie un crecimiento integral en ambas partes.

La organización y presentación de datos, conjuntamente con las metas del tratamiento y las relaciones contratransferenciales, serán puntos a discutir para observar los índices de involucramiento del terapeuta (y/o supervisor). Indicadores para detectar y diferenciar contenidos, pensamientos y sentimientos del terapeuta y la familia (paciente) son parámetros a observar a partir de comportamientos

no verbales donde la flexibilidad del terapeuta y su retroalimentación a la familia, hacen que se establezca y mantenga la relación terapéutica. Los criterios de evaluación familiar y las habilidades para su comunicación, además del uso de determinadas técnicas y habilidades para remitir familias (pacientes), serán referentes en el terapeuta en formación para detectar dichas habilidades o trabajar en ellas para incrementarlas; integrándolas a su rol profesional y como persona.

Los formatos pueden aplicarse todos o bien el supervisor puede elegir alguno de ellos para ser autoadministrados por los terapeutas, ya que por ejemplo la forma No. 7, que se refiere a la terminación y remisión de pacientes, no se da siempre en un periodo de supervisión.

Algunos de los comentarios expresados por los alumnos acerca de estas formas de evaluación son: "esto me da una idea de donde estoy; me ayuda a observarme; me hace sentir más seguro; creo que me ayuda a ver cosas de mí mismo; es una buena guía; considero que tengo que trabajar más en....; al principio me resistía a hacerlo, pero valió la pena...; me ayudó no sólo en lo técnico sino a ver cosas de mí... Me sentía perdido, con esto entiendo más lo que hago y porqué lo hago..."

La forma No. 10, es una escala de evaluación sobre el supervisor para ser llenada por los alumnos. Originalmente fueron dos formatos que se integraron en uno agregando otros criterios no contemplados en las formas originales. Todo ello con el objetivo de lograr un trabajo de calidad, compromiso y responsabilidad. Independientemente del estilo y orientación teórica del supervisor, estas formas de evaluación del proceso de supervisión pueden hacer que se entre en una dialéctica de acuerdo o desacuerdo que permita líneas de evolución y crecimiento de las partes, ya que la formación es un proceso individual dentro de contexto sistémico-grupal.

Los alumnos-terapeutas necesitan ciertas habilidades y herramientas para entrar en contacto con las familias (pacientes). El enganche, mantenimiento de la relación, identificación de problemas, patrones interaccionales, el desarrollo de intervenciones

isomórficas y la terminación de los procesos, requiere competencia profesional y mantenimiento de alianzas entre las partes interactuantes para facilitar la exploración de lo interpersonal y clarificar lo individual. Tomm y Wright (1979, citado en Mc Gee y Burton 1989) definen la formación como la habilidad de hacer cuidadosas observaciones y la habilidad para aplicar el sentido de esas observaciones al aprendizaje de una situación.

La supervisión en grupo puede ser un tiempo plural que con sus reglas y parámetros, permita individualmente a sus integrantes, desarrollarse, diferenciarse y lograr una identidad personal y profesional estable. A través de la auto-observación, interesarse en el conocimiento y estudio de sí mismo para tratar de integrar el modo de pensar, de sentir y de hacer, en diversos contextos relacionales.

Los criterios contenidos en las formas de evaluación de la supervisión pretenden facilitar al alumno-terapeuta y al supervisor descubrir sus *estilos, emociones e historia familiar*, que conjuntamente con los postulados teóricos y las técnicas, sintetizan particulares formas de relacionarse y de intervenir. La apertura para auto-observarse y confrontarse en el grupo de supervisión permitirá "aprender de la experiencia el método y la técnica de la psicoterapia familiar". (Baldascini, 1996 p.54)

A continuación se presentan las formas de evaluación para la supervisión, pretendiendo con ello partir de un esquema referencial sin caer en un reduccionismo ni absolutización, sino en una postura crítica y autocrítica de la supervisión como parte del proceso formativo tanto de terapeutas como de supervisores.

Referencias Bibliográficas

1. Andolfi M. Zwerling I. (comps.) (1985) *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Grupo e Instituciones, Editorial Paidos, Buenos Aires.
2. Albuerne Fentanes M. J. (1998) "La supervisión en terapia familiar tres modelos formativos" en López Carrasco M.A. (comp.) *La supervisión en psicoterapia modelos y experiencias*. Colección separata, Universidad Iberoamericana Plantel Golfo Centro, Puebla, México, pp. 135-184.

3. Baldascini L. (1996) "Il gruppo in formazione: apprendimento e cambiamento" en *Terapia familiare*. No. 52 Edizioni I.T.F. s.r.l. Roma, pp. 45-55.
4. Delgado, J.M. Gutiérrez J. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial. Síntesis, S.A. Madrid.
5. Jiménez Montalvo Jeanett. (1999) *Diferencias en las familias de origen y vocación de los estudiantes de post-grado en psicoterapia y orientación familiar*. Tesis inédita de maestría en psicoterapia. Universidad Iberoamericana Plantel Golfo Centro, Puebla, México.
6. Jiménez y Romano M.C. (1998) "Método de supervisión en psicoterapia" en López Carrasco M. A. *La supervisión en psicoterapia modelos y experiencias*. Colección separata, Universidad Iberoamericana Plantel Golfo Centro, Puebla, México, pp. 71-94.
7. Loriedo Camilo (1995) "L' uso del coinvolgimento personale del terapeuta nella formazione: come capire e cambiare la famiglia attraverso il terapeuta" *In terapia familiare*. No. 49 I.T.F. s.r.l. Roma, pp. 41-51.
8. Mc Gee M., Burton R. (1998) "The use of Co-Therapy with a Reflecting Mirror as a Supervisory tool" en *Journal of Family Psichotherapy*. The Official Journal of the International Family Therapy Association, Vol. 9 Number 4, pp. 46-60.
9. López Carrasco M. A. (comp.) (1998) "La supervisión dentro de la orientación psicológica" en *La supervisión en psicoterapia modelos y experiencias*. Colección separata. Universidad Iberoamericana Plantel Golfo Centro, Puebla, México, pp. 17-70.
10. Pakman, Marcelo (1995) "Investigación e intervención en grupos familiares. Una perspectiva constructivista" en Delgado J. M. y Gutiérrez J. (comps.) *Método y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial. Síntesis, S.A. Madrid.
11. Ruggero Piperno (1995) "La formazione per quale psicoterapia, la psicoterapia di quale formazione" en *Terapia familiare* No. 49 I.T.F. s.r.l. Roma, pp. 9-24
12. Taylor S. J. Bogdan R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Edit. Paidós, Barcelona.

Formatos

Evaluación del Alumno en Proceso de Supervisión

(Forma No. 1)

Reporte de evaluación del alumno en proceso de supervisión. (Para ser llenados cada semestre por el supervisor)*

Nombre del alumno (a): _____

Semestre: _____ Fecha: _____

Supervisor: _____

(1)Deficiente (2)Insuficiente (3)Suficiente (4)Muy bueno (5)Excelente

_____

1.- Aspectos Operativos:

a) Asistencia ( )
b) Puntualidad ( )
c) Participación en el equipo de supervisión ( )
d) Expedientes completos (Protocolos, Reportes, etc.) ( )
e) Número de horas cubiertas en el semestre como miembro del equipo o supervisión indirecta _____
f) Número de horas de supervisión directa _____
g) Horas de práctica clínica _____

2.- Manejo Epistemológico:

a) Supuestos teóricos ( )
b) Aplicación clínica de supuestos teóricos ( )
c) Integración sistémica ( )
d) Manejo de técnicas ( )
e) Principios éticos ( )

3.- Capacidad y Habilidades Clínicas:

a) Obtener pacientes ( )
b) Contactar y empatizar con los pacientes ( )
c) Retener pacientes ( )
d) Mantener encuadre (normas y parámetros) ( )

* Albuerne Fentanes María de Jesús.

e) Conducir la entrevista inicial ( )
f) Efectuar y mantener la alianza terapéutica ( )
g) Manejo del proceso terapéutico en sus fases inicial, media y final. ( )
h) Establecer y mantener una relación ( )

4.- Manejo de Problemas:

a) Identificación de problemas ( )
b) Centrarse en el proceso ( )
c) Jerarquizar problemas ( )
d) Clarificar problemas ( )
e) Integración del diagnóstico ( )
f) Planeación de metas ( )

5.- Integración en la Supervisión:

a) Relación establecida con el supervisor ( )
b) Relación con el equipo de supervisados ( )
c) Capacidad para aprender a través del proceso de supervisión ( )
d) Intensidad y compromiso en el proceso de supervisón ( )
e) Identificar y explorar lo interpersonal ( )
f) Reconocer y aceptar lo intrapersonal ( )
g) Identificación con su rol profesional ( )
i) Integración del funcionamiento profesional a su persona ( )

Observaciones Personales: _____

_____

_____

Evaluación del Alumno en el Proceso de Supervisión
(Forma No. 2)

El Terapeuta presenta el caso ante el equipo*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

1. Organización del caso para su presentación.

1	2	3	4	5
El T está desorganizado y muestra falta de preparación para proporcionar los datos.		El T proporciona algunos datos del caso.		El T está excelentemente preparado y proporciona datos y puntos relevantes

Criterio: La presentación del plan general del caso con los puntos relevantes del formato, demostrando la técnica terapéutica y el comportamiento y reacción del paciente/familia/terapeuta.

2. Daños y consecuencias que se deriven por la manera de presentar el caso

1	2	3	4	5
El T es inefectivo en la comprensión de los daños y consecuencias derivados de la presención del caso.		El T se percata que la falta de algunos datos influyen en la comprensión con consecuencias para el caso.		El T tiene comprensión de los daño y consecuencias, derivados de la presentación del caso.

3. Metas en el tratamiento.

1	2	3	4	5
El T no presenta metas en el tratamiento.		El T presenta algunas metas de manera vaga		El T presenta metas específicas en el tratamiento.

* U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

4. Evidencia de las intervenciones del terapeuta.

1	2	3	4	5
El T no presenta evidencias de sus intervenciones		El T muestra una o dos evidencias de sus intervenciones.		Evidencia competente del T en la discusión de sus intervenciones

5. Aspectos contratransferenciales del terapeuta.

1	2	3	4	5
El T no se percata de sus reacciones en la presentación del caso.		El T se da cuenta de alguna de sus reacciones.		Existe evidencia en el terapéuta de sus reacciones en la presentación del caso

6. Relación entre la presentación del caso y las reacciones del terapeuta.

1	2	3	4	5
El T no considera que la omisión que que de datos y puntos relevantes sea una reacción personal		El T nuestra cierta evidencia de que la forma de presentación del caso está relacionada con él.		Conocimiento del Tque la manera de presentar el caso esta relacionada con él.

7. Evaluación General

1	2	3	4	5
El T no contribuyó a dar mayores datos y no tuvo abierto a comentarios.		El T contribuyó de forma breve y pasiva y aceptó algunos comentarios y sugerencias		El T contribuyó activamente y estuvo abierto a comentarios y sugerencias.

Comentarios: _____

_____

_____
Supervisor

Evaluación del Alumno en Proceso de Supervisión Videograbada o a través de la Cámara de Gessell

(Forma No. 3)

Habilidades del terapeuta para establecer y mantener una relación con el paciente*

Terapeuta (T):_____ Fecha: _____

1. Interés en el paciente/familia y en sus preocupaciones o problemas.

1	2	3	4	5
Muestra muy poco interés en el paciente y en sus preocupaciones o problemas.		Muestra cierto interés en el paciente y en sus preocupaciones o problemas.		Muestra que está interesado en el paciente y en sus preocupaciones o problemas.

2. Acercamiento hacia el paciente/familia y tipo de relación que se establece.

1	2	3	4	5
Tiende a ser mecánico y superficial en su trato hacia el paciente; rígido.		Muestra cierta desigualdad o consistencia en su relación pero está relajado y cómodo en ciertos momentos.		Tiende a estar relajado y cómodo en su su relación con el paciente; flexible.

3. Sensibilidad del T hacia el paciente.

1	2	3	4	5
Es insensible y no se da cuenta de las necesidades del paciente.		Se da cuenta de las necesidades del paciente pero no siempre es sensible		Es sensible a las necesidades expresadas por el paciente.

* U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

4. Habilidades del terapeuta para darse cuenta del contenido y sentimiento en una sesión.

1	2	3	4	5
No se da cuenta del contenido o de los sentimiento expresados por el paciente		Se da cuenta del contenido expresado pero pierde detalle de la mayoría de los sentimientos		Se da cuenta tanto del contenido como de los sentimientos expresados por el paciente.

5. Habilidades del terapeuta para expresar sus sentimientos y pensamientos en forma clara.

1	2	3	4	5
Tiene dificultad para expresarse en la sesión		Puede expresarse en forma clara pero tiene problemas con los sentimientos		Expresa pensamientos y sentimientos en forma clara durante la sesión

6. Habilidades del T para diferenciar sus pensamientos y sentimientos de los de su paciente/familia.

1	2	3	4	5
No puede diferenciarlos		Puede diferenciar y expresar algunos.		Diferencia y expresa en forma clara sus pensamientos sentimientos.

7. Flexibilidad y variedad del T en su comportamiento verbal.

1	2	3	4	5
No es variada ni flexible la conducta verbal del terapeuta		Muestra cierta flexibilidad y variedad en su conducta verbal. No siempre está atento a la situación		La Conducta verbal del terapeuta es variada y flexible está de acuerdo a la situación

8. Habilidades y Flexibilidad del T para observar la conducta no verbal del paciente/familia.

1	2	3	4	5
No se percata de la conducta no verbal del paciente.		Se da cuenta de algunas conductas no verbales del paciente.		Esta consciente de las conductas no verbales del paciente.

9. Habilidades del T para observar sus conductas no verbales.

1	2	3	4	5
No se percata de su conducta no verbal.		Se da cuenta de algunos de sus comportamientos		Esta consciente y atento de sus conductas no verbales no verbales.

10. Habilidades del T para enfocar los problemas del paciente.

1	2	3	4	5
No puede enfocar los problemas del paciente, brinca en un tema a otro.		Se enfoca muy brevemente en el problema del paciente tiene dificultad en mantener el enfoque.		Se enfoca en el problema del paciente durante la sesión.

11. Habilidades del T para comunicar al paciente aceptación y entendimiento.

1	2	3	4	5
Al paciente se le da muy poca retroalimentación que le comunique aceptación y entendimiento.		El paciente se da cuenta de que el T trata de entenderlo y aceptarlo.		El paciente se siente comprendido y aceptado durante la sesión.

12. Evaluación general de la habilidad del T para establecer y mantener una relación con el paciente/familia.

1	2	3	4	5
El T es incapaz de establecer una relación terapéutica		El T muestra signos de establecer una relación pero experimenta dificultades para mantenerla		El T es capaz de establecer una relación terapéutica y mantenerla durante la sesión

Para determinar la competencia en el establecimiento y mantenimiento de la relación; el T debe recibir más de 6 puntos de la evaluación general (Item 12).

Comentarios: _____

_____

_____

_____

Supervisor

Evaluación del Alumno en el Proceso de Supervisión
(Forma No. 4)

Nivel de competencia del terapeuta en la evaluación del paciente o familia*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

1. Grado en que el T, demuestra habilidad para identificar y seleccionar una evaluación balanceada con el paciente.

1	2	3	4	5
Demuestra incompetencia y carencia de conocimientos para seleccionar y hacer una evaluación apropiada		Demuestra ciertos conocimientos para hacer una evaluación apropiada.		El T demuestra conocimientos y habilidades para seleccionar y hacer una evaluación apropiada

2. Nivel de preparación del T y conocimiento previo del material de evaluación aplicado en la sesión.

1	2	3	4	5
El T no se preparó, no conoce el material y su evaluación es deficiente		Cierto conocimiento del material.		El T tiene una excelente preparación y aplicación en su trabajo

3. Explicación del T, al paciente sobre el procedimiento de evaluación.

1	2	3	4	5
El T no explicó adecuadamente el procedimiento de evaluación.		El T hizo algunos comentarios sobre el procedimiento de evaluación.		El T explicó explicó excelentemente el procedimiento de evaluación.

4. Habilidad del T para realizar los procedimientos de evaluación en forma profesional.

1	2	3	4	5
El T es áspero o poco profesional en el desarrollo de su trabajo de de evaluación.		El T es distante en su proceso de evaluación		El T es cálido y suave en el desarrollo de su trabajo de evaluación.

5. El T demuestra habilidad para calificar sus evaluaciones correctamente.
Sí _____ No _____ No sabe _____

6. El T demuestra entendimiento de los resultados de las evaluaciones y la dinámica relacional.

1	2	3	4	5
Al T le falta entender el significado de los resultados de la evaluación.		Demuestra cierto entendimiento de la dinámica relacional durante la evaluación.		El T demuestra un entendimiento dinámico de los resultados de la evaluación

7. La habilidad del T para hacer los reportes del resultado de las evaluaciones en una forma constructiva es facilmente asimilada y comprendida por los pacientes.

1	2	3	4	5
El T hizo un trabajo inadecuado en la interpretación de la evaluación y en el reporte de resultados		El T hizo un trabajo adecuado en la interpretación de resultados y el reporte		El T hizo un excelente trabajo en el reporte de resultados y de la evaluación.

8. Evaluación de la competencia general del T.

1	2	3	4	5
Inadecuado		Adecuado	Excelente	

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

* U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

Evaluación del Alumno en el Proceso de Supervisión
(Forma No. 5)

Habilidades del terapeuta para facilitar a los pacientes/familia darse cuenta de sus necesidades y planeación de las metas.*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

Las siguientes Frases son descripciones de las habilidades del terapeuta. Ponga en el parentesis el número que corresponda, usando la siguiente escala:

1.- Muy pobre
2.- Pobre
3.- Promedio
4.- Superior al promedio
5.- Excelente

1.- ( ) Habilidad del T para facilitar en el paciente, la identificación y clarificación de sus necesidades, metas y deseos.
2.- ( ) Habilidad del T para estimular en el paciente que se de cuenta de sus patrones de conducta no efectivos (por ejemplo hacerle ver como la conducta elegida no sirve a sus necesidades, metas y deseos).
3.- ( ) Habilidad del T para estimular en el paciente el darse cuenta de sus conductas y las consecuencias de la alternativa de imitar comportamientos.
4.- ( ) Habilidad del T para estimular en el paciente la apertura a otras opciones de comportamiento.
5.- ( ) Habilidad del T para facilitar que el paciente se comprometa a actuar en lo que se refiere a otras posibles alternativas.

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

Evaluación del Alumno en el Proceso de Supervisión
(Forma No. 6)

Habilidades del terapeuta en el uso de técnicas en el proceso psicoterapéutico*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

Técnicas útilizadas	Habilidades (marque con una X el parentesis correspondiente) Muy Efectivo	Efectivo	No Efectivo
Manejo del silencio	( )	( )	( )
Repetición del contenido del mensaje	( )	( )	( )
Cuestionamiento	( )	( )	( )
Reflejo de sentimientos	( )	( )	( )
Indagación	( )	( )	( )
Clarificación	( )	( )	( )
Señalamiento	( )	( )	( )
Confrontación	( )	( )	( )
Interpretación	( )	( )	( )
Confirmación	( )	( )	( )
Alianzas alternantes	( )	( )	( )
Ignorar a miembros de la familia	( )	( )	( )
Establecimiento de límites	( )	( )	( )
Tareas	( )	( )	( )
Paradojas	( )	( )	( )
Connotación positiva	( )	( )	( )
Reedifiniciones	( )	( )	( )
Rituales	( )	( )	( )
Metáforas	( )	( )	( )
Desafio	( )	( )	( )
Preguntas circulares	( )	( )	( )

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

Evaluación del Alumno en Proceso de Supervisión
(Forma No. 7)

Habilidades del terapeuta para terminar y remitir pacientes/familias*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

1. Preparación del T para la remisión o terminación.

1	2	3	4	5
El T no hizo comentarios ni preparó al paciente		El T hizo algún comentario y preparó al paciente en grado mínimo.		El T Trabajo y preparó al paciente de manera excelente.

2. Comportamiento del T para la terminación y remisión de pacientes.

1	2	3	4	5
El T fue áspero al dar por terminadas las sesiones.		El T comunico al paciente en grado mínimo la terminación		El T explico ampliamente las condiciones de la terminación.

3. Momento elegido por el T para la terminación y remisión.

1	2	3	4	5
El T no sabe cual es el momento adecuado para terminar y remitir al paciente.		El T tiene alguna idea sobre el momento para la terminación y remisión del paciente.		El T está seguro del momento elegido para la terminación y remisión del paciente.

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

4. Conocimiento del T para realizar la terminación o remisión.

1	2	3	4	5
El T No sabe hacer para como terminar y remitir al paciente.		Tiene alguna idea sobre como hacerlo.		El T. sabe que hacer para terminar y remitir un paciente.

5. Habilidades del T para distinguir aspectos, contransferenciales en la terminación y remisión del paciente.

1	2	3	4	5
El T no se percata de sus reacciones contra-transferenciales en la terminación o remisión.		Se percata de algunos aspectos contratrans-ferenciales		El T se percata de sus reacciones contra transferenciales en la terminación y remisión.

6.- Habilidades para evaluar la terminación y remisión

1	2	3	4	5
El T no tiene habilidades adecuadas en esta área		El T tiene ciertas habilidades en esta área		El T tiene competencia en esta área

Un mínimo mayor a tres puntajes de 6 es necesario para demostrar competencia.

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

Evaluación de Alumnos en Proceso de Supervisión
(Forma No. 8)

Conjugación de teoría y práctica en el proceso terapéutico*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

Las siguientes frases describen la conjugación de teoria y práctica del terapeuta. Ponga en el parentesis el número que corresponda, usando la siguiente escala:

1.- Muy pobre
2.- Pobre
3.- Promedio
4.- Superior al promedio
5.- Excelente

1.- ( ) El T puede articular la posición de la psicoterapia y explicar lo racional de esta posición.
2.- ( ) El T puede indicar técnicas específicas usadas y trasladadas desde su posición de T hacia la interacción con el paciente.
3.- ( ) El T puede especificar la importancia del foco o la conducta, motivo de la psicoterapia y mostrar evidencia del movimiento o cambio en el paciente.
4.- ( ) El T puede dar referencias específicas de la literatura en que se apoya para su trabajo con los pacientes.
5.- ( ) Habilidades superiores del T para conjuntar teoría y práctica.

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

Evaluación del Alumno en Proceso de Supervisión
(Forma No. 9)

Identificación del rol, funciones profesionales y su integración como persona.*

Terapeuta (T): _____ Fecha: _____

Las siguientes frases describen la conducta del terapeuta. Ponga en el parentesis el número que corresponda, usando la siguiente escala:

1.- Muy pobre
2.- Pobre
3.- Promedio
4.- Superior al promedio
5.- Excelente

1.- ( ) El T muestra evidencias de conocimientos éticos de la profesión.
2.- ( ) El T escribe notas y resumenes de los casos de manera profesional.
3.- ( ) El T hace citas, mantiene un horario y conduce las sesiones de manerar responsable y profesional.
4.- ( ) En contacto con el T, los pacientes sienten que trabajaron con un profesional no con un estudiante.
5.- ( ) La relación del T con el supervisor, compañeros del equipo, empleados del control, secretaria y otros miembros del equipo ha sido respetuosa, abierta y profesional.
6.- ( ) El T asumió responsabilidad por los pacientes, solicitó supervisión y trabajó en los casos de manera confidencial y profesional.
7.- ( ) Los comentarios y opiniones del T acerca de sus clientes ha sido de naturaleza profesional.
8.- ( ) Evaluación del rol profesional.

Comentarios: _____

_____

_____

_____
Supervisor

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesus.

Escala de Evaluación del Supervisor*
(Forma No. 10)

Nombre del supervisor: _____ Fecha: _____

Las siguientes frases son descripciones de la conducta del supervisor con la cual contribuye de manera efectiva en la supervisión a los estudiantes. Por favor evalue a su supervisor en cada frase que sigue poniendo el número apropiado, usando la siguiente escala:

1 = Siempre describe la conducta de mi supervisor.
2 = Frecuentemente describe la conducta de mi supervisor.
3 = A veces describe la conducta de mi supervisor.
4 = Casi nunca describe la conducta de mi supervisor.
5 = Nunca describe la conducta de mi supervisor.

____ Establece claramente expectativas requerimientos y criterios.
____ Informa de las responsabilidades éticas de la profesión.
____ Me da apropiada retroalimentación acerca de mi conducta personal y profesional efectiva.
____ Me da apropiada retroalimentación acerca de mi conducta personal y profesional menos efectiva.
____ Describe mis conductas respetuosamente, de manera no punitiva.
____ Da diferentes sugerencias acerca de mi conducta cuando es apropiado.
____ Efectivamente, no punitivamente me confronta cuando es apropiado.
____ Me ayuda a evaluar la efectividad de mi conducta personal y profesional.
____ Establece metas claras conmigo, por lo cual los progresos en la supervisión pueden ser señalados.
____ Da información de mi evaluación, tan frecuentemente como se requiere.
____ Me ayuda a desarrollar mi autocofianza para ser un profesional.
____ Comparte conmigo su experiencia profesional relevante.
____ Demuestra apertura y dirección profesional.
____ Me provee de modelos efectivos y conducta orientada hacia la tarea en la supervisión.
____ Facilita en mí el desarrollo de nuevas habilidades profesionales.
____ Me ayuda a conceptualizar adecuadamente mi desarrollo profesional.

*U. de Scranton/Albuerne Fentanes María de Jesús.

____ Me anima a ampliar mí repertorio de habilidades profesionales.
____ Me ayuda a identificar recursos para mi desarrollo y actividades profesionales.
____ Permite que desarrolle mis capacidades y estilo de trabajo.
____ Me apoya, estimula y confronta propiciando el insight.
____ Me cuestiona acerca del para que se hace y cómo se hace.
____ Induce en mi, la capacidad de autosupervisión.
____ Me ayuda a explorar mis respuestas emotivas para ponerlas al servicio del paciente.
____ Me señala resputuosamente mis comportamientos autómaticos.
____ Me estimula a ser creativo.
____ Me ayuda y estimula a aprender de mis errores.
____ Me aníma a actuar con los pacientes.
____ Comparte sus puntos de vista, permite los desacuerdos.

Por favor haga un resumen relativo a su supervisor o acerca de su experiencia en la supervisión durante este periodo: _____

La sinfonía de la supervisión

*Flora Aurón**

Obertura

Las musas son nueve hermosas hermanas que inspiran a los distintos tipos de artistas creativos e interpretativos. Originalmente actuaban juntas en el Olimpo en una orquesta y coro dirigidos por Calíope, pero con el paso del tiempo recibieron tantos ruegos de los mortales, pidiéndoles ayuda e inspiración que se convirtieron en una especie de equipo asesor artístico.

Euterpe, la flautista de la orquesta, se dedica ahora a orientar a los que tocan o componen música con instrumentos de viento; Perpsícore, la guitarrista, responde a los que tocan instrumentos de cuerda y también encuentra tiempo para infundir su gracia divina en los pies de los bailarines mortales.

Las hermanas decidieron prestar especial atención a los actores que desempeñan tantos papeles diferentes: Talía cuida a los comediantes mientras Melpómenes inspira a los trágicos; Polímnea, la cantante solista, ofrece guía y consejo a todos los actores en general y también coopera con la creación de himnos y canciones.

Los astrónomos y los astrólogos pueden invocar a Urania, quien descorrerá las cortinas de la obscuridad que ocultan las estrellas. Clío, la trompetista, aceptó por su parte, la tarea de alentar a los historiadores a registrar la gloria y esplendor del pasado.

* Instituto Latinoamericano de Estudios de Familia A.C. (ILEF)

En cuanto a Calíope, el director, conduce a todos los escritores y oradores que deseen expresarse con palabras, pero sólo le interesa la literatura seria; y es su hermana Erato quien se encarga de la poesía y la prosa romántica.

Por alguna razón, las hermanas no se interesan por las personas que se expresan mediante la pintura o con materiales tales como la madera y la piedra. Estos artistas deben buscar su inspiración en los espíritus de los materiales con los que trabajan.

Para descansar de sus tareas, las musas interpretan melodías olímpicas clásicas. El coro de cinco cantantes, acompañadas por un conjunto de flauta, trompeta y guitarra, crea música digna de los dioses.

Hoy me he inspirado en este conjunto para que nos acompañe a pensar en la *sinfonía de la supervisión*, sinfonía de voces, sinfonía de tiempos; es una supervisión o también una escucha. ¿Cuántos planos existen y cuántas voces son las que hablan al unísono en un acto de supervisión?

Primer movimiento: la supervisión como un acto polifónico

Desde hace muchos años me he cuestionado sobre el término o la idea de supervisión. Ni super ni sólo visión. ¿Podría en todo caso denominarse una metaperspectiva?, una perspectiva desde un punto más allá, no superior sino crítico de la jerarquía absoluta. ¿Y acaso no será también una metaescucha, una pluralidad de voces y de discurso, o será el espacio donde se privilegia el lenguaje y la conversación, diversidad integrada en un todo?

La noción de complejidad, de articulación y engranaje de las distintas áreas del sistema terapéutico nos remite a que, como la sinfonía, la supervisión es un *acto polifónico*.

Al igual que la música, que es un lenguaje sin palabras que nos dice y transmite experiencias, emociones, tramas y nuevas metodologías por experimentar, en el acto de la supervisión se da una interacción entre la escucha, la mirada, la palabra y el movimiento que se engarzan y forman un conjunto inseparable. ¿Qué imagen evocamos al escuchar la palabra sinfonía? Podemos

evocar una melodía que es escuchada, o tal vez nos surja una imagen de un director y los músicos interpretando. Quizás la imagen sea la de un director leyendo una partitura e interpretando lo que el autor plasmó en ellas, o acaso el crítico comparando dos versiones de la misma obra interpretada por dos directores distintos.

Algunos se dejan llevar por el fluir de la música y se concentran en el sentir; otros la escuchan atentos a los movimientos, a los instrumentos o a las formas y las contextualizan. Ninguna de estas maneras son acertadas o equivocadas, todas son válidas. Es igual en la supervisión.

La idea central es reflexionar acerca de la complejidad de la supervisión y cuestionar algunas de las premisas dadas. En principio, considero que el supervisor puede deslizarse a distintos niveles:

NIVELES DE ANÁLISIS EN LA SUPERVISIÓN

A. ANÁLISIS DE LOS DISTINTOS ELEMENTOS (SUBSISTEMAS) QUE CONFORMAN EL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL. Su interrelación con el ecosistema[1].

B. ANÁLISIS DE LAS RELACIONES ENTRE LOS SUBSISTEMAS.

a) Análisis de la *transversalidad (Guatari)* en cada uno de los subsistemas y entre ellos.[2]

b) Análisis de los afectos concomitantes. Su significación.

c) Análisis de su sistema de creencias.

1 Troya y Aurón (1988) definieron los siguientes componentes: Sistema Familiar +Terapeuta = Sistema Terapéutico; Equipo de Supervisando+Supervisor = Sistema de Supervisión; Sistema de Supervisión+ Terapeuta = Sistema de Supervisión; Sistema Terapéutico+Sistema de Supervisión = Sistema Terapéutico Total.

2 El sistema terapéutico se conforma con una configuración particular y única de acuerdo a las personas que lo constituyen y va cambiando a lo largo del tiempo. En dicha configuración intervienen distintos elementos como pueden ser: a. género de los miembros que lo componen; b. diferentes experiencias de vida; c. diferentes formaciones profesionales; d. distintas edades y ciclos vitales por el que atraviezan; e. diversas grados (o niveles) de experiencias clínicas; f. distintos niveles socioeconómicos y culturales; g. y la particular idiosincracia de cada uno de los miembros. De la manera que interactúen estos elementos se dará la singular estructura del grupo.

C. ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS.

a) Análisis de las conductas, patrones de relación, estructura, y sistema de creencias de la familia, del sistema terapéutico, del sistema de terapeutas o del sistema terapéutico total.

D. ANÁLISIS TEÓRICO.

a) Análisis de la epistemología del T y del equipo.

b) Conceptualización del caso.

c) Definición del modelo terapéutico a elegir.

d) Desde algunos modelos: Formulación del diagnóstico. Hipótesis.

e).Estrategia de las intervenciones

E. ANÁLISIS DE PROCESOS.

a) Proceso terapéutico.

b) Proceso evolutivo personal del Terapeuta.

Momento del proceso en su formación como Terapeuta.

Momento por el que transcurre. (Procesos longitudinales y transversales)

c) Proceso de integración del equipo y de éste con el supervisor.

F. ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS Y TECNICAS TERAPÉUTICAS.

a) Distintas modalidades de enseñanza de las técnicas y de cómo implementar los modelos que se eligen.

b) Análisis de las congruencias entre la epistemología del T, el modelo terapéutico elegido y las técnicas empleadas.

G. ANÁLISIS DE LOS CONTEXTOS.

a) Contexto histórico

b) Contexto cultural

c) Contexto situacional.

Estos niveles exigen al supervisor un análisis simultáneo de los mismos, además de dar foco a análisis específicos de cada uno en diferentes momentos del proceso de supervisión, de acuerdo a lo que sucede en el sistema terapéutico. De ahí que como ya expresamos:

> El acto de supervisión es un complejo proceso de interjuegos en el que el Supervisor deberá ser capaz de guiar el doble proceso: **A. Clínico** (para las familias) y **B. De aprendizaje** para los terapeutas, respetando un espacio a los terapeutas, en su desempeño clínico y teórico, sin descuidar al terapeuta como persona. (Auron, F. Rubli, D.,1997).

El supervisor por ende, puede centrarse en el fundamento y las formas de las intervenciones y sus resultados terapéuticos, o también puede fluir con el ritmo del **proceso** y concentrarse en lo que siente de sí, del equipo y de la familia; puede poner foco en la interacción equipo-terapeuta primero y luego en terapeuta y equipo con la familia, y constantemente estar atento de su interrelación con este proceso.

> Un hecho que hemos observado es la forma en que el grupo de supervisores, como el maestro a la cabeza, se transforma en caja de resonancia que amplifica y dramatiza lo que sucede en el grupo de pacientes. Esto permite ver en 'vivo' la dinámica grupal desplegada, lo que contiene el riesgo de que oculte el proceso transferencial y contratransferencial y aparezca como conflicto en el área del aprendizaje o del encuadre (asistencia, horarios, etc.). (Auron, F. Rubli, D.,1997, p. 141)

La sinfonía al igual que la supervisión remite a un conjunto de voces independientes y diferentes, interactuando simultáneamente pero basado cada uno en su propio paradigma, y donde algunas resuenan en el marco y no todas hablan y se expresan al mismo tiempo ni de la misma forma.

En la interpretación de una obra, el director siempre dará su sello distintivo y aunque hay una partitura, no hay una única manera de ser interpretada. Tampoco un mismo director se expresa igual de una a otra obra ni de una función a otra. De igual manera ninguna sesión será igual con la misma familia, ni el estilo terapéutico será idéntico de una familia a otra. Como diría Heráclito, no nos bañamos dos veces en las mismas aguas del río.

Hay una víspera de esperanza antes de cada supervisión igual que hay una víspera de esperanza antes de escuchar una ópera por

primera vez. Pensemos, cuando el director baila con la batuta al conducir ¿él hace bailar a la música o la música lo hace bailar a él? Cuando el terapeuta hace una intervención, ¿ésta está dada por el terapeuta o la familia le ayuda o coadyuva para que la realice? ¿O está determinada por esta trama enunciada?

Para la terapia, los aspectos silenciosos analógicos son tan fundamentales como las indicaciones de tiempos y ritmos en la partitura que, aunque no se reconocen en la melodía como sonidos específicos o notas, son parte igualmente importante de la melodía que escuchamos.(Sin-Phono, sin sonido)

Segundo movimiento: de cómo acoplarse a la sinfonía del equipo para ser útil

¿Cómo responde el supervisor ante una enorme expresión emotiva del equipo? ¿Cómo inicia una sesión con un equipo lleno de enojo y rabia? ¿Cómo continuar la sinfonía ya iniciada por el equipo?

En el diálogo del espacio al que denominamos pre-sesión, llega el equipo terapéutico muy enojado. Cuentan que en la última sesión con la familia X, el Sr. Gustavo le dijo a la terapeuta que cómo había cambiado desde que se integró a este nuevo equipo hace cuatro meses, ella que solía ser tan tierna y dulce con el equipo anterior, y ahora después de cuatro meses la perciben manipulada por el equipo.

La reacción del equipo es sumamente intensa, con gran enojo y ofensa. Les pregunto qué han pensado y como respuesta viene una lluvia de ideas en la dirección de la autodefensa: Cómo demostrarle que este equipo les ha ayudado, etc. ¿Qué camino elegir ante esta situación?

Así como el director de orquesta, nosotros los supervisores tenemos que ofrecer una perspectiva que brinde la apertura necesaria para ir más allá de ese instante preciso (Going **beyond** information given). Puede indagar, por ejemplo, del porqué el equipo se siente afectado. Es en la supervisión que una sinfonía deviene en polifonía, ya que implica varias voces independientes interactuando simultáneamente.

El supervisor puede escuchar el trasfondo de diversas voces: la de la terapeuta, la de la familia y preguntarse por qué están disgustados, enojados con el equipo, ¿qué es lo que sienten tan amenazante?

La pregunta de la supervisora en este caso **no** se dirige a indagar algo del equipo o de sus relaciones entre ellos, o el impacto de la indignación sobre su autoestima y su seguridad profesional, resultado de su comparación con otro equipo. Se quita el foco de salvaguardar el honor porque esa **no** es la voz que destaca e importa. La pregunta que se hace al equipo va enfocada en la hipótesis que tienen respecto al proceso terapéutico, o qué consideran que ha sido tan amenazante en la terapia para familia.

Los miembros de la familia que asisten son el padre y la hija de 23 años; ella estuvo diagnosticada como débil mental y esquizofrénica durante muchos años. Las sesiones familiares que tuvieron con su terapeuta a lo largo de un año habían sido muy productivas, de igual manera que las sesiones individuales con otra terapeuta.

Elisa, como llamaremos a la joven, fue recogida de un basurero cuando era bebé y adoptada por la familia, que ya tenía tres hijos. La madre adoptiva murió hace aproximadamente un año. Elisa desarrolló una capacidad fantástica para expresarse y mostró habilidades para la electricidad y cultora de belleza.

Al rastrear sesiones anteriores, es decir concentrarnos en el proceso terapéutico, encontramos un contenido muy amenazante, con una hipótesis de abuso sexual del padre a la hija.

Con esta información, el tiempo limitado para iniciar la sesión y con la furia del equipo en turno, cuya tendencia era de autodefensa y de oposición a la familia, consulto con la terapeuta cómo se sentiría si sigue la línea de la familia respecto a que el equipo la manipula y la controla.

La terapeuta se asombra y recibe con agrado la propuesta, también es aceptada con gusto por el equipo; la decisión de esta entrada, la de unirse a la familia y no enfrentarla, genera una inusitada paz y tranquilidad. Es como un viraje, un movimiento en la batuta que marca un cambio de ritmo, de uno intenso a uno suave *ma non troppo*.

La terapeuta inicia retomando los comentarios de la sesión anterior respecto a la idea de la familia de que está siendo manipulada y controlada por el equipo. Les pide su colaboración, que le ayuden a pensar en lo que sucede en estas situaciones y qué alternativas tienen las personas cuando se encuentran en dichas circunstancias.

Trabajamos mucho en esa línea a través de preguntas de lo que se conoce como interrogatorio circular.

¿Qué efectos tiene en una persona ser manipulada y controlada? la familia respondió con la idea de falta de respeto, la necesidad del espacio y cómo la persona tiene que hablar y no permitir bajo ninguna circunstancia dicha presión.

La terapeuta le pregunta al señor si se había encontrado en una situación similar y a Elisa si en algún momento de su vida se encontrara en esa situación qué haría y que además se lo pregunte a su padre. El padre concluye la sesión diciendo muy enfáticamente a su hija que no permita jamás que nadie la controle ni la manipule, sea quien sea, porque ella tiene que exigir respeto en su persona. La hija hacia el final liga y relaciona el control del padre y se queda muy sorprendida.

La posibilidad de haber salido del entramado del enojo, permitió que la terapeuta y el equipo pudieran continuar la línea de riesgo que es la del abuso trabajada en un isomorfismo. Si uno u otro hubieran continuado bajo el estado de furia, habrían respondido a la invitación de la familia.

La queja de la familia hubiera sido la frase antecedente que se da en la composición musical y el equipo hubiera respondido con la frase subsecuente. La invitación estaba hecha y el equipo estaba a punto de dar la frase consecuente que no hubiera sido muy consecuente para la terapia. En ese momento el lugar de la supervisora fue muy importante, pues invita como el director que imprime su estilo a la obra, a que se dé una resolución distinta a la que el oído está esperando. La continuación del acorde cambia.

Si se hubiera abordado el problema todavía con la furia del equipo, la consecuencia o respuesta hubiera sido una escalada simétrica entre la familia, la terapeuta y el equipo. Si por fortuna

para la familia el equipo entraba en la provocación, el tema del abuso quedaría olvidado o por lo menos pospuesto en un recóndito lugar y entonces la familia se hubiera transformado en la directora de esta sinfonía. En cambio, sin ser conducidos por el enojo y la rivalidad, se logró tener una continuidad en el proceso y como Minuchin expresa, la terapeuta dio foco e intensidad al contenido de abuso que se maneja en esta familia, tomando sus contenidos y escuchándolos. De esta manera fue la terapeuta la que llevó la batuta al haberse rescatado a sí misma de su enojo.

Tercer movimiento: de la supervisión como formación clínica

El entrenamiento en el Instituto Superior de Estudios de la Familia (ILEF) consta de tres columnas: teórico, práctico y clínico; nuestros marcos teóricos son el sistémico, el psicoanalítico, aspectos de la sociología e ideología, así como la narrativa.

En *La diferenciación de los Constructos del terapeuta en la Supervisión,* Troya y Auron (1988), definimos la Supervisión como

> un espacio de integración teórico en el que se diagnostica a la familia y al sistema terapéutico, se deciden las modalidades de intervención adecuadas, se retroalimenta y acompaña al terapeuta para optimizar su desempeño en el sistema terapéutico como experto, se puntualizan objetivos y se da continuidad al proceso. ( )

La supervisión es el espacio donde se da una asimilación teórico-práctica de los diferentes componentes y reflexiones de las teorías de la formación. De esta manera, el terapeuta a través de su práctica clínica supervisada integra la conceptualización de modelos y la elección de técnicas en el proceso terapéutico concreto.

Los contenidos relacionales y la elección del camino pueden ser múltiples. En este trabajo quiero destacar algunos aspectos **relacionales** que en la supervisión cobran particular relevancia.

El lugar de Supervisor, su mirada, su palabra, su jerarquía

María Inés García Canal dice que:

la relación entre subjetividad y visión que encuentra su expresión a través de la mirada, mirada que ejercen unos sujetos sobre otros... mirada que no les pertenece a sí mismo sino a una estructura perceptiva que informa y conforma la visión obligando a ver a través de filtros específicos que dirigen la función del ojo. (1993)

Lenguaje y mirada se constituyeron entonces a partir del siglo XVIII, en los elementos estructurantes del sujeto moderno, entendido éste desde una doble perspectiva:

sometido al otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete... y remite al ejercicio de una violencia cotidiana que obliga a pensar, hablar y mirar conforme formas establecidas social y colectivamente, que busca homogeneizar su hablar y su mirar conforme formas establecidas social y colectivamente. (Foucault 1982, p. 231)

Traducción para nuestra sinfonía: en el acto de supervisión se juegan distintos poderes que se ejercen y aquí no me remitiré al de la familia y sí al del superman o superwoman supervisor. ¿Lo investimos nosotros de su capa? o ¿la toma él mismo por tener ese rimbombante nombre? ¿O ese atractivo lugar?

Mencionar la relación entre supervisor y terapeuta es hablar del tema del poder y de la palabra, pues ésta puede poner en jaque la estructuración del sujeto-terapeuta en formación. Una cosa es que el terapeuta en formación sea mirado y otra muy distinta de que esté en la mira; cuando esto último sucede existe el riesgo de la desconfirmación y el ser sujeto a una posible violencia institucional que de ninguna manera el rol de supervisor otorga y que no podemos soslayar.

Aquí cabe la anécdota que nos narra Leonard Bernstein acerca de su encuentro con dos grandes directores. El Maestro no. 1 dice:

Mr. Bernstein ¿qué es lo que hace el segundo fagot en el compás doscientos uno?", Mr. Bernstein mira la partitura para ayudarse "Mr. Bernstein si no sabe usted lo que está haciendo el fagot ¿qué derecho

tiene usted para dirigir esta pieza?". Y el Maestro no. 2 dice: "Comprenderás muchacho que es muy difícil dirigir esta obra si nunca has pasado por las orillas del Volga bajo la luz de las estrellas".

La esencia está ahí: 1.Técnica, 2.Imaginación. El maestro 1 probablemente inhiba, bloquee en su cuestionamiento destructivo y descalificador mientras que el Maestro 2 para mi gusto, abre el camino a la creatividad, a pasar a otro nivel. Qué se dice y cómo se dice, generará en el otro una actitud positiva de crecimiento y desarrollo o una actitud inhibida, sin perspectiva y desmoralizadora.

Si los alumnos en entrenamiento pueden sentir confianza de contención y no amenaza de descalificación pueden atreverse a navegar —no sé si por el Volga o por el Usumacinta— si se tiene caudal, o no esta desbordado, o si acaso por Internet, y tal vez animarse a rebasar los contenidos formales de la entrevista, las premisas teóricas y los marcos para que entonces se atrevan a tomar contacto con la familia y con el supervisor.

Propongo que uno de los aspectos éticos a considerarse es la relación supervisor-terapéuta en formación. Donde queden claros los límites de la función del S. Las responsabilidades de ambos sean explicitadas y el tema del respeto sea considerado, donde las reglas de relación y de procedimiento sean claras.

He destacado en algunos trabajos de Supervisión de Grupo (De la Aldea, Auron,1984) y de Supervisión en Familia (*La persona del Terapeuta*, 1991 y *Who cares about The Therapist?*, 1992) las intensas ansiedades a las que el Terapeuta se ve expuesto:

En la supervisión grupal, el estudiante aprendiz presenta ante el maestro y grupo de compañeros de seminario, su trabajo clínico en su grupo terapéutico. Se analiza tanto su interpretación teórica clínica de la situación grupal actual, como su proceso y contratransferencia, es decir, sus ansiedades, temores, alegrías, frustraciones y vanidades. Se trata de que se desnude, que muestre la intimidad de sus sentimiento, de sus ignorancias y de sus certezas, el grado de profundidad de sus conocimientos. En síntesis, su ideología de trabajo y su integridad personal

El T expone y se expone ante el supervisor con el que siempre existe un lazo idealizado y transferencial y con sus compañeros hermanos, donde también existe un lazo de amor-amistad, y de rivalidad, competencia, y en ocasiones de envidia.
De esto se deriva que la supervisión constituya un ámbito que promueve por una parte persecución y por otra contención. La persecución se da en la medida que la acción clínica del aprendiz es observada y estudiada por alguien que se supone tiene más conocimientos y experiencias sobre el tema tratado. Este elemento está esbozado en *super* desde arriba, más, mejor, pero también en *visión*, mirada, observación, control, ¿crítica? Que alude al peso del Ideal del Yo. (p.140)

Yo considero que el poder de la supervisisón radica en ser un espacio generador de cuestionamientos, aprendizajes y creatividad donde el terapeuta pueda descubrir sus cualidades para así poder potenciarlas.

En el trabajo acerca *La persona del terapeuta* (Auron, 1991, y *Who cares about the therapist*, 1992), destaco que el proceso de formación no esta excento de angustia. Se hace referencia a los obstáculos epistemológicos que implican la asimilación de nuevos paradigmas, y conformar una nueva epistemología implica todo un reacomodo y revisión respecto a las vivencias, vínculos etc. generadores de momentos de confusión durante la transición. Es preciso estar atento a los momentos del desarrollo evolutivo del T en formación. Incluso se llegan a activar conflictos de lealtades respecto a la familia.

Otra fuente de ansiedad en el T es que se encuentra inmerso en un entramado de expectativas que se derivan de su familia de origen, de la institución, de las familias consultantes, de las exigencias (altas en general) que tiene respecto a sí mismo y de su desempeño. El T por momentos o por años, tiene la fantasía de incidir en la resolución de ciertos conflictos de su familia de origen, algunos atávicos. Enfrenta un proceso de duelo cuando puede reconocer que no necesariamente puede hacer algo, porque no hay demanda, ni disposición, lo que implica una renuncia dolorosa.

¿Cuál es la orquestación que se da en una sesión?
A simple vista, en el nivel manifiesto, aparece como algo evidente los miembros que la componen: llámense terapeuta, equipo, supervisor y familia, equivalente en la orquesta a los instrumentos de cuerda, viento, percusión, etc., tanto de líderes o en forma secundaria. Pero también existen otros niveles de lectura. En uno se encuentran los ausentes presentes, a saber, las familias de origen de cada uno de los miembros del sistema terapéutico total, y a otro nivel más, se refiere al contexto cultural, social, ideológico que los lleva a cada uno a hacer una lectura e interpretación particular, sumados a los rasgos individuales.

Podemos ver el conjunto de una sesión que es supervisada por un equipo y un supervisor. Preguntarnos acerca de quién es el director, ustedes ¿quién consideran que es el director? porque una orquestación es una trama que puede ser mirada y escuchada de distintas maneras e interpretadas de aún más. Lo cierto es que parece darse una orquestación de distintos elementos que armónicamente se intercalan para dar una fluida música, en una familia a veces al estilo mozartiano ágil y versatil, o en otra perteneciente a lo que denominamos sistemas familiares rígidos, al estilo *wagneriano* con la dificultad y densidad que lo caracteriza.

El terapeuta como director tiene un papel fundamental en la conducción de la sesión de acuerdo a su estilo personal. Pero recordemos que como en la viñeta presentada, algunas veces es la familia la que conduce, en otras ocasiones es el equipo y en algunos casos donde se alcanza un punto crítico, requieren la conducción del supervisor.

En ocasiones el S.T.T. reproduce ciertas pautas rígidas (Maldonado, Auron, 1988) o reiterativas de la familia y se da el caso que el T supone que es el director cuando de hecho es la familia la que dirige, y el T baila al son que le toca la familia.

La conducción del terapeuta requiere de la comprensión, paciencia y seriedad del supervisor así como del respeto que éste le tenga al estilo terapéutico de aquél. En este sentido estoy convencida de que un trabajo serio comprometido y respetuoso, va despegado

de un halo de solemnidad, por lo que considero que el humor y la utilización de las metáforas son vías para destrabar a los sistemas familiares y terapéuticos, es decir, para romper las capas de hielo acumuladas por generaciones en los diferentes subsistemas. En mi experiencia de trabajo con Andolfi (1990, 1994) he tenido la oportunidad de experimentar la riqueza de estos recursos, mismos que implemento en ocasiones en la supervision.

Cuarto movimiento: de la escucha-mirada polifónica del supervisor

Para muchos terapeutas y supervisores habrá múltiples maneras de concebir la supervisión. Para algunos lo fundamental en el acto de la supervisión consiste en que el terapeuta comprenda, piense e implemente técnicas que él piensa, otros suponen que es la reproducción metódica de algún modelo de terapia. Aquí es importante revisar el momento evolutivo del proceso de formación del T. y será necesario revisar las premisas ideológicas y epistemológicas de la Institución.

En mi experiencia como supervisora una de las líneas terapéuticas básicas que manejo en los diferentes subsistemas es trabajar los procesos de diferenciación y las triangulaciones a diferentes niveles.

En el primer aspecto, coincido con Aponte cuando habla que el operador y el cliente pueden identificarse y diferenciarse entre ellos. De la identificación vendrá la vulnerabilidad y la apertura de cada uno. Las polaridades de identificación y diferenciación también generan fuerzas de nuevas identidades y diferencias. Las diferencias permiten la separación, la libertad de elegir y actuar independientemente dentro de las relaciones.

Bowen al respecto indica que las tres zonas donde se absorbe indiferenciación en una familia nuclear son: a) conflicto conyugal, b) enfermedad o deserción de uno de los cónyuges y c) proyección sobre uno o más hijos, por lo que la cantidad total de indiferenciación se determina por el nivel básico de diferenciación de la familia.

En el seguno punto, como afirma Bowen "El conocimiento de los triángulos es la herramienta más eficaz para comprender las

relaciones sociales y mantener el propio sí mismo en *significativo contacto emocional* sin quedar atrapado".

Lo anterior incluye el nivel institucional, pues "entre hombres de negocios del nivel más alto, se triangulan y se vuelven a triangular hasta que el conflicto entre dos empleados se hace dramáticamente evidente en la jerarquía administrativa". Así, a lo largo de los años en que he coordinado el área de supervisión, en muchas ocasiones se hace patente que el terapeuta queda triangulado —sin saberlo— porque el supervisor tiene dificultades, por ejemplo, con el terapeuta del entrenado.

Sobre el rol del supervisor existen muchos mitos, como lo señalan Rublí y Auron.(1997)

* Siempre tener que decir algo más brillante que sus alumnos.
* No poder salir del lugar de endiosamiento.
* Nunca se equivoca, si hay alguna dificultad siempre está en relación a la familia o a la T, por supuesto nunca con él.
* Siempre sabe lo que hay que hacer.
* Siempre puede resolver los conflictos que tiene con el terapeuta
* No tiene prejuicios
* Nunca compite ni entra en escalada con sus alumnos brillantes.
* Por encontrarse en esa función, automáticamente sabe el manejo de la dinámica de grupos del sistema de terapeutas.
* Supervisar en vivo es equivalente a supervisar en relato.
* Ser un T con experiencia "es garantía" de ser un buen supervisor

Las premisas anteriores tiene su origen y son reforzadas por el sistema de creencias social y cultural en el que nos hemos formado. El que el supervisor reconozca su error, lo asuma, lo explicite y rectifique es un aprendizaje fundamental.

Dado que para mí la supervisión debe concebirse como **un proceso** que fluye y en momento se atora para luego destrabarse, creo que el supervisor tal vez puede desarrollar la humildad para ampliar la escucha y que ésta sea polifónica, de tal forma que pueda

captar de la sinfonía los sutiles acordes que dan la armonía o la desarmonía a la melodía a partir de lo que perciben el terapeuta y el equipo en las sesiones.

La humildad, en términos batesonianos, implica la conciencia de que el o la supervisora es una parte del todo, en este caso del equipo de supervisores y del sistema terapéutico en que participa. En este sentido, los supervisores pueden equivocarse; el ruido puede derivarse de sí mismo pero si está permeable a escuchar las disonancias podrá escuchar que el ruido está en él. Retomando los magníficos aportes de los modelos narrativos y conversacionales (Anderson, Andersen, White), el trabajo con equipo reflexivo, que reflexiona y refleja a la familia, propongo que el S se anime y atreva a utilizar este modelo de equipo reflexivo respecto al sistema de supervisión. (S.T.T.)

Durante el trabajo, en ocasiones el equipo puede coincidir en detectar algún tema que yace bajo escombros ancestrales de la familia y que se han transmitido por generaciones, pesando como loza en el paciente identificado. Sin embargo, el supervisor puede privilegiar una inquietud o sensación de dificultad del terapeuta, que considera más relevante de enfocar, atender y entender en ese preciso momento para después incluir la percepción del equipo.

Entonces ¿el supervisor es un superescucha?

Escuchar es saber oír y un superescucha sería el que puede escuchar el conjunto de la sinfonía al tiempo que escucha a cada persona, así como el director que puede oír el desempeño del violín y cómo desentona o no encaja el fagot que a continuación emerge sin perder el ritmo de la sinfonía total.

Es decir, el supervisor aprende a desarrollar una escucha polifónica estéreo.

Cuando los violines tocan muy alto, el director probablemente voltee y señale a los trombones bajar el volumen. Ser supervisor tendrá entonces que ver con la destreza en el manejo de las técnicas. No basta la técnica ni la suma de los modelos teóricos sino un cúmulo de experiencias reflexionadas en términos de aprendizaje y de un método para aprender.

Tal vez en este sentido el supervisor sí tiene una supervisión porque, como el director de orquesta, a veces tiene ojos atrás de la cara para palpar el ánimo y actitud del público que le dan la reotroalimentación de lo que ocurre. El supervisor apunta y capta otras cosas presentes; tal vez capta alguna vibración de notas que generan un ruido imperceptible.

Quinto movimiento: del cambio en la supervisión

Un tema que ha tenido distintos debates es el referente a si la terapia tiene como fin el cambio, pues nada puede confundir más que la transgresión de las premisas que se predican sostener.

¿El cambio para quién? ¿El cambio para qué? ¿Cambio en las pautas de comunicación o en los patrones de relación entre la familia?, ¿cambio en la estructura de la familia o para que las jerarquías sean congruentes?, ¿cambio en las narrativas de las familias? Pero es interesante repensar ¿dónde y en quién se inicia el cambio?

Luiggi Onnis y Loriedo postulan que en el primero que se genera el cambio es en el terapeuta, de igual manera como en el acto de hipnosis el hipnotista es el primero que entra en trance.

Mi propuesta es que durante la supervisión el cambio se inicia en el supervisor, siempre y cuando se permita cuestionar sus propias interpretaciones exclusivamente y pueda escuchar la polifonía de las otras voces, miradas y propuestas sin sentir amenazado el lugar jerárquico que el rol de maestro le otorga.

A propósito del cambio del supervisor deseo hacer referencia al valioso concepto de coevolución, proceso en el que permanentemente vivimos, y que aprendemos y nos beneficiamos de las interacciones con las familias y con los terapeutas, a quienes deseo reconocer sus aportes. Pienso que el cambio se inicia en el supervisor dado que, como plantea Keeney (1987),

> todo análisis e intento de comprensión de un fenómeno es autoreferencial puesto que no es posible excluir al observador de lo observado: las características del observador influyen en la

puntuación que hace de los sucesos, a su vez que el efecto concomitante que experimenta está en relación a la conexión que hace de los sucesos, afectos o relaciones entre la familia tratante y la suya propia, es decir cuando se relacionan con su propia historia, con sus narrativas.

En el campo de la terapia, como plantea Aponte, hay un sinnúmero de modelos y creencias sobre la conducta y los cambios humanos, así como de estrategias e intervenciones. Sin embargo un elemento común a todos los modelos es que la terapia es conducida por personas. Aponte plantea que "el vehículo del cambio terapéutico es una relación social".

En consecuencia y básicamente, el único instrumento que todos los modelos de entrenamiento tienen es la "persona" del terapeuta en relación con el cliente. Es por ello que el énfasis que realizo en mi estilo de supervisión es **el trabajo de la persona del terapeuta**. El cual complemento con un taller de "Obstáculos del terapeuta" donde se trabajan éstos y cómo transformarlos en recursos.

El supervisor puede escuchar la polifonía de voces y comentarlas con el equipo para descubrir cuál puede ser el tono que da la clave de un suceso significativo. Por ejemplo, una sesión puede estar correcta técnicamente pero si durante la misma el equipo está bostezando y alguno ya sueña o ensueña, lo que puede sugerir es que algo sucede en el sistema terapéutico o quizá en la familia. Un secreto, un contenido evitado o depresivo u otro.

Considero que en el proceso de Supervision el cambio se inicia en el Supervisor. Por ello, me parece central que el supervisor no quede atrapado en una postura epistemológica, sino sea capaz de incluir diferentes lentes; por ejemplo retomar la postura posmoderna de atención al lenguaje, sin olvidar la información que brindan las otras miradas sobre las interacciones, los patrones, el lenguaje analógico, entre otros. La plenitud de la música clásica, nunca pareció invalidar o anular o desvirtuar la valía y los encantos de la música barroca.

Creo que el riesgo de quedarse o privilegiar en exceso una lente para el supervisor lo ilustra Gibran Jail Gibran cuando cuenta que un día el Ojo dijo: veo una montaña maravillosa; la Mano dijo que no la sentía por más que intentaba tocarla, el Oído que no la escuchaba pese a que aguzaba su escucha, y el Gusto que no percibía su sabor. Entonces Mano, Oído y Gusto dijeron: pobrecito Ojo está perdido.

Sexto movimiento: las evocaciones, el imbuirse en el contexto

Recientemente al asistir a una obra de teatro "Master Class" que refiere fragmentos de la vida profesional y personal de María Callas, conocí que frente a sus alumnos era fuerte, exigente, tenía rigor pero también se contradecía y enviaba dobles mensajes.

Cuando invitaba a sus alumnos a que participaran les decía "fijense en mí, yo desaparezco para que ustedes figuren", pero indefectiblemente a veces, al escuchar el canto de su alumno del aria que otrora cantara, en efecto desaparecería para sumirse en sus recuerdos de triunfos, debates y angustias entrelazadas con la vida amorosa y tortuosa que ésta le había deparado.

De igual manera en la terapia, el tema, el contexto, la trama o determinada persona, evoca y nos transporta a otro lado, a otra escena que se cruza y entrecruza, que se empalma y entonces reacciona el terapeuta, el equipo o el supervisor a esa otra trama o a esa otra escena que se ha entrelazado. Los tiempos se superponen, pasado y presente se han fundido. (Auron, *La transferencia en la Familia*,1981)

El reconocido rigor de la Callas, aludía a una riqueza muy grande que instaba a su alumnos a conectarse con el personaje imbuido en todo el contexto, similar a lo que Minuchin escribiera en sus libros, que el terapeuta puede permitirse estar inmerso y experimentar las vivencias la familia, para poder tomar contacto; si el terapeuta no se lo permite probablemente esté muy distante de comprender el todo.

La sesión es como una escena, como un intermedio, un interludio intercalado en la vida de las personas que las hace mirarse,

escucharse de otra manera, donde pueden vivenciar otras realidades alternativas. A veces sólo el preguntar un gesto o conversación puede acercar o puede crear una enorme barrera entre familia y terapeuta. En el mejor de los casos da la pauta o sugiere una alternativa al sketch de la vida que es la manera monótona como solemos mirarnos o escucharnos.

Así, como un buen director de orquesta tiene una escucha con matices diferentes a la escucha del público, un terapeuta en proceso de desarrollo tiene que aprender a reconocer los distintos niveles de lo que ocurre en el sistema terapéutico y un supervisor tiene que guiarlo y acompañarlo en este aprendizaje.

Final

Se encontraban una soleada mañana cuatro ranitas, que al tiempo que tomaban el sol, reposaban en un tronco de árbol que estaba cerca del río; cuando de pronto sintieron un fuerte movimiento y quedaron sorprendidas. Entonces tratando de explicarse lo que había sucedido, una ranita dijo que el movimiento había sido en el tronco, otra aseguró que había sido en el agua y otra que había sido en sus mentes; la cuarta ranita permanecia en silencio y cuando le preguntaron, dijo sin dudar: el movimiento ha sido en el tronco, el agua y nuestras mentes. En ese instante, la última ranita fue aventada al río por las demás.

¿Cuándo podremos considerar un proceso de supervisión útil y productivo?

Pienso que cuando el supervisor pueda disfrutar la sinfonía multi-sensorial que significa darse cuenta que el movimiento está en el agua, en el tronco,en las mentes y en el universo, generando una meta-movimiento, a veces poblado de ruido y otras de armonía.

Bibliografía

1. Amundson, J.K. (1995) "Supervision as an Excercise of Mythic Proportions: The Healer, the agician, tha Warrior. The Seer and the Sage. Journal of Systemic Theraphy". Vol. 14, No. 2, 26-33.
2. Aponte, H. y Winter, J. (1987) "The person and practice af the therapist: Treatment and training". Journal of Psychotherapy and the Family. No. 3.
3. Aponte, H. (1991) "Training on the person of the therapist for work with the poor and minorities". Family Systems Application to Social Work. The Haworth Press.
4. Aponte H. (1992) "Training the person of the therapist in structural family theraphy". Journal of Marital and Family Theraphy. 18-2.
5. Aponte H. J. (1996) *El sesgo político, los valores morales y la espiritualidad en la formación de los psicoterapeutas.*
6. Aponte H.J. (1992) "Training the person of the therapist in structural family therapy". Journal of marital and Family Therapy. Jul.,Vol.18, No.3.
7. Aponte, H.J. (1992) "Training the Person of the Therapist in Structural Family Therapy". Journal of Marital and Family Therapy. Vol.3, 269-281.
8. Aponte, H.J. y Winter, J.E. (1987) "The Person and Practice of the Therapist: Treatment and Training". Journal of Psychotherapy and the Family. No.3, 85-111.
9. Aurón, F. y Troya, E. (1988) *La diferenciación de los constructos del Terapeuta en la Supervisión.* Presentado en el 3er. Congreso Nacional de AMPAG, Querétaro, Querétaro.
10. Aurón, F. (1983) *La Transferencia en la Familia.* U.I.A.
11. Aurón, F. et al. (1984) *La Apertura de un Grupo como Confluencia.* AMPAG. Vol. II, No. 2.
12. Aurón, F., Althaus, E. (1993) "Cuando el andar es el Camino", "Familia, Exilio, Refugio, Retorno y Ciclo Vital". IV Congreso Nacional de Terapia Familiar.
13. Aurón, F. (1993) *El Cuidado del Terapeuta.* IV Congreso Nacional de Terapia Familiar.
14. Aurón, F.; Troya, E. (1988) *La Diferenciación de los Constructos del Terapeuta en la Supervisión.* II Congreso Nacional de Terapia Familiar.
15. Aurón, F. et al. (1997) *Como es que Somos lo que Somos: Identidad y Pertenencia del Terapeuta Familiar en México.* VI Congreso de Terapia Familiar.
16. Aurón, F.; Rubli, D. (1997) *Experiencia sobre los Fantasmas y los Terapeutas.* VI Congreso de Terapia Familiar.
17. Aurón, F.; Rubli, D. (1997) *Interjuego entre los Contextos, los Fantasmas, los Terapeutas y las Familias.* VI Congreso de Terapia Familiar.
18. Aurón, F. (1997) *Festejos y Suplicios.* VI Congreso de Terapia Familiar.

19. Avis. (1992) "Where are all the Family Therapists? Abuse and Violence within Families and Family Therapy´s Response". Journal Mar. And Family Therapy. Jul, Vol 18, Num 3.
20. Bateson, G. (1979) "Pasos Hacia una Ecología de la Mente".
21. Blow y Piercy. (1997) *Teaching Personal Agency in Family Therapy Training Programs.*
22. Bobele, M., Gardner, G., Biever, J. (1995) *Supervision as Social Construction. Journal of Systemic Therapies.* Vol. 14, No.2, 14-25.
23. Bogard. (1992) "Values in Conflict : Challenges to Family Therapsits Thinking". Journal Mar. and Family Therapy. Jul, Vol. 18. Num 3.
24. Boscolo y Cecchin. "Training in Systemic Therapy at the Milan Centre".
25. Brohtman y Tubert-Oklander (1980). Citado en Tuber-Oklander, J. (1992). El Grupo Operativo de Aprendizaje. Univ. De Guadalajara, Ed. Cap. 6
26. Campbell, J. (1991) *El Poder del Mito.* Colección Emecé. Barcelona.
27. Dellarossa, A. (1979) *Grupos de reflexión. Entrenamiento Institucional de Coordinadores y terapeutas de Grupo.* Paidós, Buenos Aires.
28. Eliade, M. (1994) *Mito y Realidad.* Ed. Labor. Colombia.
29. Elkaïm, M. (1993) *The Supervisor, the Therapist and the Family: An Encounter of Feelings.* Congreso de Sorrento de la Asociación Europea de Terapia Familiar.
30. Elkaïm, M. Conferencia organizada por IFAC. México, D.F. Agosto 30/1996.
31. Hoffman Lynn . (1990) *Constructing Realities: An Art of Lenses.*
32. I Ching. Libro de las Mutaciones. Traducción de R. Wilhelm. Ed. Hermes. Barcelona. 1956.
33. Kaiser. (1992) The Supervisory Relationship: An Identification of the Primary Elements in the Relationship and an Aplication of two Theories of Ethical Relationships.
34. Keeney, B. (1991) "Estética del Cambio". Ed. Paidós. Buenos Aires.
35. Liddle H.A. (1983) Five factors of failure in structural-strategic family thrapy
36. Liddle, H.A. (1991) "Training and Supervision in Family Therapy: A Comprehensive and Critical Analysis". Handbook of Family Therapy, Vol. II. Gurman and Kniskern Comp. N.Y.
37. Loriedo, C. (1993) *The Evolution od Systemic Therapy: From the Familily Change to the Therapist Change.* Congreso de Sorrento de la Asociación Europea de Terapia Familiar.

38. McGoldrick, M. "Through the Looking Glass: Supervision of a Trainee´s "trigger" Family".
39. Minuchin Salvador. (1997) *El salto hacia la Complejidad: La Supervisión en Terapia Familiar.* Sistemas Familiares Año 13, No. 3, Nov.
40. Montalvo, B. (1973) "Aspects of Live Supervision". *Family Process,* XII No. 4.
41. Nelson, Heilburn y Figley. (1993) "Basic Family Therapy Skills, IV: Transgenerational Theories of Family Therapy". Journal of Fmar. and Family Therapy. July, Vol 19, Num 3
42. Onnis, L. "The Therapist: Who is he? From the Problems of Models to the Problem of the Therapists and their Emotions".
43. Parry y Doan. (1996) *Story Re-Visions of Therapists' Stories in Training and Supervision.* Cap. 6.
44. Pichon-Riviére, E. (1983) *El Proceso Grupal.* Tomo I. Pp. 107-139. Ed. Nueva Visión. México.
45. Polson y Nida. (1988) *Program and Trainee Lifestyle Stress: A Survey of AAMFT Student Members.*
46. Redes, "Violencia intrafamiliar".
47. Tubert-Oklander, J. (1992) *El grupo operativo de aprendizaje.* Univ. De Guadalajara, Caps. I-II-VI.
48. Tomm, K. y Wright, L. (1979) "Training in Family Therapy: Perceptual, Conceptual and Executive Skills". *Family Process.* XVIII-3.
49. White, M. (1992) "Family Therapy Training and Supervision in a World of Experience and Narrative.Experience, Contradiction, Narrative and Imagination". Dulwich Centre Publication. (Hay versión en español).

La formación en terapia familiar de los entrenamientos a las maestrías

*Emma Espejel Aco**

> La situación actual exige una competitividad que haga frente con equidad y justicia al reto del crecimiento social y educativo en nuestro país. De ahí que sea en la educación superior donde se formen los recursos y es en ese nivel en nuestro país, donde se realizan más de las dos terceras partes de la investigación humanística, científica y tecnológica. (CEFAD 1998)

Este es el discurso que desde hace aproximadamente diez años se escucha reiterativamente en los diferentes ámbitos de la educación y la salud. Poco a poco, también los profesionales de la salud empiezan a valorar la ventaja no sólo de tener un entrenamiento tan necesario para trabajar con individuos, familias y parejas, sino la necesidad de ser reconocidos y certificados con un grado de validez oficial. De ahí que en ese orden de ideas, el Instituto de la Familia no pudo permanecer al margen del reto de ofrecer una Maestría en Terapia Familiar con reconocimiento de la SEP, y a ello se debió que tanto la Mesa Directiva, como el Consejo Consultivo del IFAC hayan promovido desde 1993 las gestiones correspondientes ante las Autoridades de la Secretaría de Educación Pública y de Salud, para obtenerlo.

* Centro de Estudios e Investigación sobre la Familia, IFAC. Universidad Autónoma de Tlaxcala

Transcurrieron dos bienios, el último de ellos presidido por mí, sin que se hiciera oficial el reconocimiento, que sólo fue posible hasta el siguiente con fecha 18 de julio de 1997, y fue en enero de 1998 cuando ocupé honrosamente la Coordinación de la Maestría en Terapia Familiar en el Centro de Estudios e Investigación sobre la Familia, IFAC, nomenclatura adquirida al otorgar la SEP el RVO según acuerdo No. 974196.

A partir de entonces, la currícula se adaptó con materias referentes a la familia y a la terapia familiar, y se agregaron materias y talleres de investigación indispensables para lograr tesis de alto nivel que incluyeron la integración de metodologías cuanti y cualitativas, dada la índole del trabajo con familias y terapia familiar.

A pesar de que el mapa curricular contempla suscintamente once materias, dos en el primer semestre y tres en los tres restantes, éstas se distribuyen en 20 seminarios de teoría, técnica, talleres vivenciales, talleres de investigación, diferentes modalidades de supervisión, asistencia a congresos y a otros eventos académicos que complementan la formación del futuro Maestro en Terapia Familiar que podrá desarrollar de manera óptima, funciones de docencia, investigación y asistencia clínica. Vale la pena describir un poco la mecánica que sigue nuestro trabajo, puesto que a través de ella se puede apreciar cómo nuestros maestros transmiten sus saberes a y en conjunto con los terapeutas en entrenamiento.

La distribución de los seminarios a lo largo del día, inicia con temas teóricos que son participativos dado que los alumnos tienen de antemano el material escrito que preparan para comentar, cuestionar y reflexionar sobre él en clase. El segundo seminario tiene que ver con las técnicas y la aplicación de las mismas a través de la puesta en escena y la representación por los mismos alumnos tutoreados por los maestros, así como comentadas después; el tercer seminario se dedica al trabajo vivencial, donde los alumnos dependiendo del semestre, manejan sus propias familias de origen, su familia actual y la presentación de las primeras familias que están atendiendo, así como su videograbación para supervisión en autoimagen.

Los seminarios de investigación se complementan en talleres propuestos en horarios diferentes.

En cuanto a las modalidades de supervisión, hay otras, como la que se lleva a cabo en distintas sedes del sector Salud, en pequeños grupos tutoreados por tres o cuatro Maestros Supervisores, donde se citan familias que el alumno atiende y es observado a través de la Cámara de Gesell o directamente, en la primera entrevista; de las subsiguientes se hace cargo con otra modalidad de supervisión. El grupo también tiene la oportunidad de ver a sus Maestros manejar en co-terapia casos continuos durante todo el semestre de familias con temas especiales y que son de interés académico y didáctico.

Otro tipo de supervisión es la de presentación de casos que es realizada por un sólo supervisor egresado del Curso para Supervisores del IFAC y se realiza en pequeños grupos de tres a cuatro personas que rotan después de diez sesiones. Periódicamente se forman grupos de supervisión con supervisores externos. La asistencia a talleres que ofrecen Universidades, Institutos y Asociaciones como la Mexicana de Terapia Familiar y otras, complementan la preparación intra y extra muros, que es uno de los objetivos que persigue nuestra formación.

La evaluación se realiza por el Comité de Maestros y Supervisores a través de controles de lectura, participación para las materias teóricas y el desarrollo de habilidades y su aplicación, por el consenso del equipo de Maestros en sede que llenan un formulario de evaluación tomado del esquema de Karl Tom, para evaluar la parte clínica.

Marco conceptual de la Maestría en Terapia Familiar

El marco de referencia que subyace al programa curricular mencionado, incluye el enfoque sistémico, la evaluación familiar, los modelos de intervención, la psicopatología y disfuncionalidad y las técnicas terapéuticas, además de la investigación en terapia familiar.

El marco de referencia es muy importante ya que lo constituyen los conocimientos anteriores que integrados a los nuevos, se

reactivan y reagrupan, transformándose con nuevos significados y en diferentes contextos que a través de preguntas, reflexiones y vivencias generan nuevos conocimientos, producciones y concepciones. Las concepciones que van generando los entrenados en terapia familiar son resultado de los diferentes aspectos didácticos que se promueven desde los equipos de trabajo que involucran aspectos informativos, operativos, relacionales, interactivos y organizativos.

Las concepciones se transforman debido a la situación que las activa, hasta el punto de que se están reformulando continuamente para embonar con el nuevo contexto. Los hechos, el contexto y los mensajes percibidos, proporcionan los elementos externos y activan los elementos internos; de esa manera se adquieren los conocimientos en terapia familiar, pasando de una concepción a otra más pertinente en relación con la situación.

La puesta en relación y la sistematización de los conocimientos, lo intenta el entrenando continuamente, al reagrupar el conjunto de saberes que domina en un terreno, en relación a un tópico que junto con los nuevos conocimientos pone a funcionar en los contextos familiares.

Las nuevas concepciones permiten al educando plantear hipótesis, realizar actividades diferentes y concebir nuevas formas de conducta. Son verdaderas estrategias cognitivas que moviliza para seleccionar las informaciones, estructurando y organizando el mundo real; para poder explicar, prever y actuar de una manera diferente, se remite hasta su historia individual y familiar, su ideología, su estatus social y sus fantasías.

La movilización de lo ya adquirido lleva necesariamente, con los apoyos didácticos y emocionales proporcionados por los equipos, a explicaciones y cuestionamientos que a través de una descodificación de la realidad le permite al terapeuta en entrenamiento, comprender el mundo que le rodea, interpretar situaciones, resolver dificultades y finalmente integrar y transformar.

> Como formadores en terapia familiar sistémica involucramos a los estudiantes en un trabajo vivencial y de comprensión de su familia de origen y de su familia actual, lo que favorece la flexibilización en el sistema terapéutico con un funcionamiento que evoluciona siguiendo diferentes vías y no solamente una. (Goldbeter-Merinfeld 1988)

Los equipos de supervisión en nuestro centro concilian los aspectos paradójicos y contradictorios inherentes a todo aprendizaje y confrontan a los alumnos con su interés, en la descontextualización, la interconexión, la ruptura, la alternativa, la emergencia, la pausa, el retroceso y nuevamente la movilización; éste es un modelo de enseñanza aprendizaje que va más allá del constructivismo, que llamamos: *dinámico-sistémico integrativo* y tiene semejanza con el modelo alostérico (*allosteric learning model*), desarrollado por Giordan en 1989 y que manifiesta que el éxito de todo aprendizaje se basa en una transformación que procede de actividades complejas de elaboración; este modelo se ha ido desarrollando en IFAC a través de 24 generaciones de una manera flexible, adaptativa y de comunicación pertinente entre maestros y alumnos sin que medien jerarquías marcadamente institucionales, sino solamente las que marcan las diferencias de conocimiento y experiencia. De acuerdo con la autora primeramente citada, es necesario dentro de un marco sistémico, profundizar en la red institucional donde se da el aprendizaje puesto que "el estudiante con frecuencia describe en los mismos términos a su familia de origen y a su institución" sobre todo ante situaciones de cambio como fue el que experimentó IFAC cuando la SEP dio el reconocimiento oficial a la Maestría en Terapia Familiar.

¿Qué pasó entonces?

Una vez que el programa de estudios fue reconocido, se hizo necesario crear una coordinación para la Maestría vinculada a la SEP, situación ésta que se vivió con una representación de poder y de cambio y que por tanto generó miedo, amenaza y temor, que fue actuado de inmediato.

No puedo, entonces, dejar de mencionar aspectos emocionales que como persona, no ya como académica, ni como terapeuta he

vivenciado y registrado anecdóticamente desde que en enero de 1998 fui nombrada Coordinadora de la Maestría en Terapia Familiar por las autoridades vigentes en el bienio 97-99.

Las repercusiones no se hicieron esperar; enfrenté dos renuncias de colaboradoras voluntarias, una argumentando falta de tiempo y otra arguyendo el carácter burocrático-administrativo de ese puesto.

De parte de los alumnos hubo actuaciones de abierto desacuerdo y rebeldía ante el cumplimiento de algunos criterios de evaluación, otros me colocaron una investidura jerárquica que no correspondía a la aceptación de una actividad voluntaria y de colaboración por lealtad y compromiso moral con la causa institucional. En la retroalimentación final me atribuyeron características nunca antes conocidas, ni autorreconocidas jamás, como fueron rigidez, incomprensión, autoritarismo y dureza; atributos éstos depositados en el rol de *coordinadora*, con absoluta negación de mis otros roles de maestra, supervisora, terapeuta y persona cálida, conciliadora y prudente, que es la devolución más frecuentemente recibida de las diferentes personas que forman parte de mi entorno, familiar, terapéutico, docente y social.

La comunicación con los mismos alumnos y los maestros reveló lo que se generaba día con día. Si bien es cierto que ante este cambio tan significativo, de ser completamente independiente, a estar ahora bajo la supervisión de la Secretaría de Educación Pública, se generó tensión en toda la Institución que se acumuló a lo largo de un semestre, de tal manera que sólo pudo verbalizarse al haber obtenido el diploma de la Maestría en Terapia Familiar, también es real que hubo un nivel de maduración al confesar abierta y verbalmente miedos y temores. Qué experiencia más interesante, no cabe duda que el crecimiento trae consigo malestar y sufrimiento. Los procesos tan complicados de aprender terapia familiar de una manera integral sistémica (alostérica) en una super estructura institucional (SEP) se manifestaron en forma desagradable tanto en el subsistema maestros, como en el subsistema alumnos, ya que ambos enfrentaban un cambio y éste fue percibido como una amenaza puesto que modificaba el sentido de las experiencias pasadas. Los límites entre

lo cognoscitivo y lo afectivo son artificiales y en momentos de transición se pone de manifiesto la unidad y la mezcla fundamental entre ambos, ya que el terreno afectivo "engloba los objetivos que describen las modificaciones de los intereses, de las actitudes y los valores, así como los progresos en el juicio y la capacidad de adaptación" (Bloom 1981). Tales situaciones se pudieron interpretar también como factores de resistencia a nuevas estructuras contradictorias al sistema establecido, que crearon disonancias que generaron tensión; pero finalmente podemos considerar que esa disonancia es necesaria para progresar; es una oportunidad para cambiar y una motivación para nuevas propuestas pedagógicas que plantean diferentes relaciones con el saber y más funciones para el equipo de docentes que no se limitan al discurso y a la técnica expositiva, sino que se ubica en el contexto de las interacciones relacionales de los diferentes niveles unívocos e isomórficos que se ponen en juego cuando un grupo de maestros o supervisores observan y monitorean a un grupo de terapeutas familiares, que a su vez atienden a un grupo de personas que constituyen una familia y todos ellos dentro de un macro grupo llamado INSTITUCION.

Bibliografía

1. Bloom, B.S. (1981) "Taxonomie en de Landsheere", V. y Gilbert I. *Objetivos de la educación*, Barcelona, Oikos-Tau.

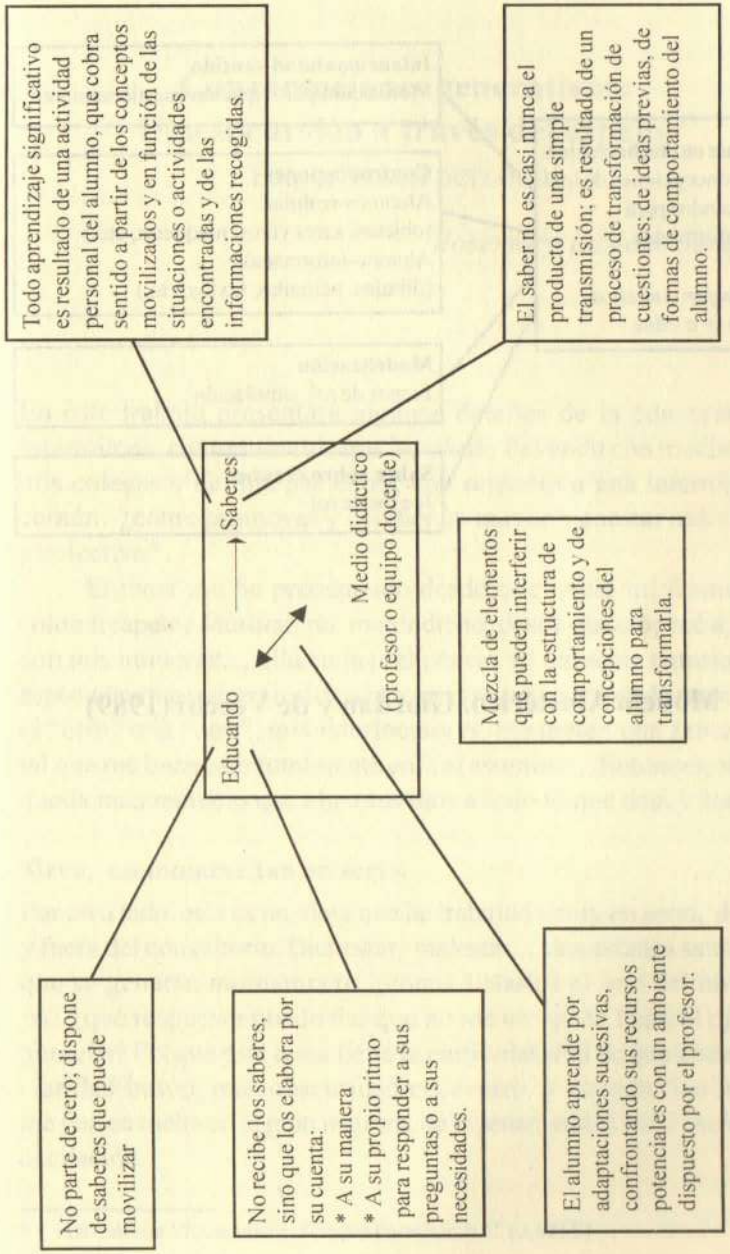
2. Centro de formación y actualización docente, *Introducción* de Enrique Rentería C. al curso sobre Calidad y excelencia en la educación. Universidad Anahuac, Huixquilucan, México, 1998.

3. Giordan y de Vecchi. *Los nuevos modelos de aprendizaje: Más allá del contructivismo* (1989-1994).

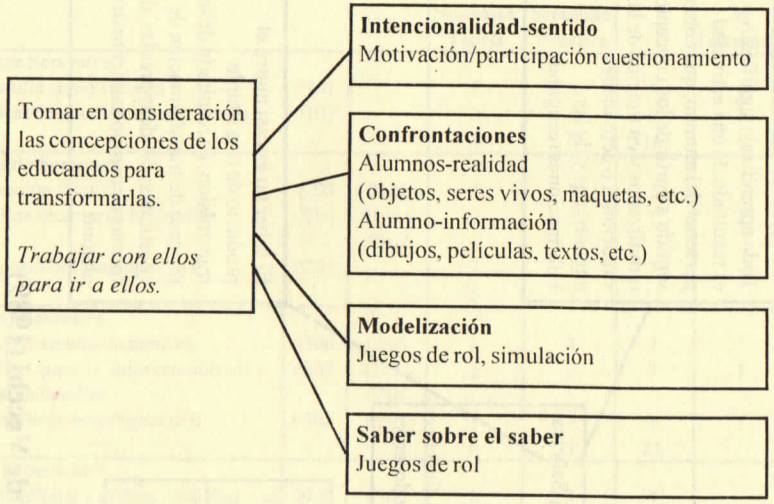
4. Goldbeter-Merinfeld, E. Le Tiers Absent dans le systeme en elkaim, M. (ed) La therapie familiale en changement, París: Les empecheurs de penser en rond, 1994.

5. IFAC-Instituto de la Familia, A.C. Documento de la maestría en Terapia Familiar aprobado por la Secretaría de Educación Pública, México, D.F., 1997.

Asignaturas	Clave	Seriación	Horas Semanales Teoría	Horas Semanales Práctica	Créditos	Taller o Laboratorio
Primer Semestre						
La familia como sistema	0101		2	3	7	
Técnicas de observación a la familia	0102		2	5	9	T
			4	8	16	
Segundo Semestre						
Evaluación familiar	0203	0101	2	3	7	
Técnicas de entrevista familiar	0204	0101 y 0102	2	3	7	T
Seminario de investigación I	0205		2	3	7	
			6	9	21	
Tercer Semestre						
Enfoques en terapia familiar	0306	0203	2	3	7	
Modelos para la intervención en terapia familiar	0307	0203 y 0204	2	3	7	T
Seminario de investigación II	0308	0205	2	3	7	T
			6	9	21	
Cuarto Semestre						
Psicopatología y disfuncionalidad familar	0409	0306	2	3	7	
Técnicas terapéuticas aplicadas a la psicopatología familiar	0410	0306 y 0307	2	3	7	T
Seminario de tesis	0411	0308	2	3	7	
			6	9	21	
Total de créditos de las asignaturas					79	
Créditos por tesis concluida					21	
Total de créditos					100	



Modelo Alostérico. Giordan y de Vecchi (1989)



Modelo Alostérico. Giordan y de Vecchi (1989)

Conversaciones generativas: Una incursión a través del espejo.

Experiencia personal

*Rosemary Eustace Jenkins**

En este trabajo presentaré algunos detalles de la conversación intermitente e interminable que he estado llevando con muchos de mis colegas y de mis pacientes, con respecto a una interrogante común: ¿cómo promover y obtener un mayor bienestar individual y colectivo?

El tema me ha preocupado desde que inicié mi formación como terapeuta familiar; no, mejor dicho, desde que empecé a jugar con mis muñecas..., allá en la prehistoria. El tema me entusiasma, especialmente porque justo cuando más segura estoy de la respuesta, el "otro" o la "otra", mis interlocutores, me meten una zancadilla tal que me hace caer totalmente en... el asombro... Entonces, no me queda más remedio que abrir los ojos a todo lo que dan, y sonreir.

Sirve, no tomarse tan en serio.

Por otro lado, este es un tema que he trabajado muy en serio, dentro y fuera del consultorio. Bienestar, malestar..., dos estados saltarines que se generan mutuamente, ¿cómo aislarlos el uno del otro? Y yo, ¿qué respuesta puedo dar que no me arroje de lleno al ojo del huracán? Porque este tema tiene la particularidad de que entre más claridad busco, más obscuridad encuentro, y cuando finalmente me veo envuelta en la gran negrura, de repente, sale el sol. Fascinante oscilación.

* Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C. (AMTF)

Por azares del destino, apareció la teoría sistémica en mi vida. Rápidamente la incorporé a mis intereses predilectos, sumándola al mandato freudiano de encontrar en los poetas la concretización de la sabiduría inconsciente —Freud se enojaría mucho al oírmelo decir, creyendo que lo estoy confundiendo con Jung..., pero ese es el riesgo que se corre cuando ya no se está presente para discutir. Aunque podría ser que estuviese encantado discutiendo a distancia, por boca de sus embajadores...—. En todo caso, acomodé mi rompecabezas. Abrí los ojos a todo lo que dan, y sonreí.

Mi mente, mi cuerpo, mi vocabulario, se expandieron. Empecé a construir, reconstruir —y ahora a deconstruir—, conversaciones que se han ido sucediendo unas a otras, culminando, algunas, en lo que he llamado una conversación generativa[1], una conversación que borda ocasos y amaneceres, dentro y fuera del consultorio.

Conversar: la gran aventura terapéutica

Dentro del consultorio, una conversación se convierte en terapia cuando al conectarnos con el otro, nos conectamos con nosotros mismos y con diferentes voces, nos hace conscientes de nuestro acomodo en la red. Al conversar, vamos creando y recreando historias: serias o insulsas, provocativas o tranquilizantes..., imposible nombrarlas todas; historias de múltiples niveles, que fluctúan, algunas, entre lo concreto y lo abstracto, lo pasivo y lo activo, lo legítimo y lo ilegítimo, la "realidad" y el mito... Hasta aquí, todo claro. Malo cuando tratamos de definir cuál es cuál... Pero ésa también es la gran aventura, la gran aventura terapéutica.

Conversar, entonces, es una gran aventura. Y, como un bordado, perfila figuras de muchas formas y de muchos colores...; figuras polifónicas con texto y con-textura, que van abultándose, derramándose, dando origen a cielos, a valles y a montañas, a mares y a ríos..., a rostros abundantes de expresión...; figuras con texto y con-textura que son una delicia al tacto...

Una delicia al tacto y a la mirada. Así, tocando, mirando, escuchando, resonando en tiempo, vamos narrando historias. Y el bordado lo hacemos todos, cada uno como individuo, como

miembro de una familia, de una sociedad, de una galaxia; cada uno con nuestros fantasmas e individualidades; con nuestras excentricidades; sobretodo, con nuestras excentricidades. De allí que algunos hayamos elegido ser psicoterapeutas, otros pacientes, otros ninguna de las dos cosas, y otros las tres cosas a la vez, y más todavía... A Dios gracias.

Voces, miradas, bordoneos, que se anudan en una plétora de significados. Uroboros. Cuando me repongo de la angustia primaria que me da imaginarme este cuadro..., siempre aparece, como por arte de magia, la maravillosa imagen de Gregory Bateson jugando con sus delfines y de su afirmación categórica que del caos surge la creatividad —¿quién lo dijo primero, él, Ilya Prigogine, Lao Tze...?—. Entonces, es cuando agradezco mi condición humana.

Es, también, cuando me hago, y hago, mil preguntas con respecto a nuestra terapia sistémica en constante transformación. Por ejemplo, ¿qué conversaciones, trascendentes o intrascendentes, hemos construido, reconstruido y deconstruido sobre el bienestar individual y colectivo?

Un vistazo a los orígenes

Conversaciones terapéuticas, conversaciones generativas, conversaciones sin fin. Su historia es interminable, como todas. Por eso hemos inventado el recurso del recorte. Empezaré, pues, con la palabra misma: terapia. Terapia viene de terapéutica, *therapeuein* en griego: servir, cuidar. También viene de "terapeuta", nombre dado a los monjes judíos extendidos por Egipto, cuyas doctrinas se parecían a las de los esenios..., la secta que practicaba la comunidad de bienes y la sencillez de costumbres... ¡Y nosotros con toda nuestra complicación!

Ya, desde aquí, se hacen evidentes las diferentes versiones del quehacer terapéutico. Al echar la vista atrás, se me aparece la imagen de Lynn Hoffman, con su libro seminal, *Foundations of Family Therapy*,[2] tantas veces leído y releído; mi manera de regresar a los orígenes, si es que se puede hablar de orígenes, puesto que hay tantos, y que cada quien inventa el propio.

Ella cuenta cómo la terapia familiar vio la luz hace ya más de cincuenta años, con la ruptura epistemológica que llevó de lo lineal a lo circular, de lo individual a lo colectivo. No se preocupen. No los voy a aburrir con una historia que ya todos conocemos... Simplemente remarcar que, ya en los años treinta, Sullivan, Horney, Thomson y Fromm-Reichman, entre otros psicoanalistas, ampliaron sus horizontes para incluir otras teorías, tales como, la teoría del campo, de la linguística y de la antropología cultural; y remarcar, también, que, en nuestro campo, con ellos empieza el énfasis sobre la *diferencia*. Poco después, Gregory Bateson, con brío inglés, nos ayuda a entender más sobre la *diferencia que hace una diferencia...*[3] Yo, aquí y ahora, sin embargo, femeninamente y con brío poblano, no puedo olvidar —especialmente con el templo a Xochitécatl aquí al lado— que también es importante *la semejanza que hace una semejanza.*

Diferencias, semejanzas, rupturas y reconciliaciones... Esto es lo que nos concierne, como seres humanos conversadores que somos, sin importar qué tan conservadores, radicales o neutros seamos...

Una incursión a través del espejo

La terapia, entonces, ha ido transformándose con el tiempo; de una relación donde el secreto profesional y las jerarquías insalvables fortalecen la desigualdad —entre el "sano" y el "enfermo", "el que sabe" y "el que no sabe", "el médico" y el "paciente"— que paciente tiene que ser para tolerar este proceso, a la terapia familiar, donde —esperamos— la relación de dos o más se abre a la democratización y a la mirada. ¿Cómo sucede?

Sucede con una incursión a través del espejo.
Muchos saludan este momento como un golpe de muerte a la arrogancia desmedida, al "hybris". Dulce ingenuidad. Nadie hace desaparecer la arrogancia. Nadie, tampoco, hace desaparecer "la voluntad de poder",[4] ni la violencia concomitante. Existe. Existe junto a un caudal de emociones, de actitudes, de comportamientos. Existen, también, y cobran fuerza, a traves del discurso.[5] En lo

dicho y en lo no dicho, especialmente en lo no dicho, por lo insidioso que es. Sin embargo, si queremos, algo que podemos hacer, a veces: podemos distinguir y privilegiar el discurso de la colaboración y de la hipótesis, en lugar de venerar el de las jerarquías y de las "verdades definitivas". Como lo sugiere Jorge Pérez Alarcón, así nos será más fácil evitar "las palabras que se vuelven ajenas a lo que éstas en realidad son: (o sea) acciones"...[6]

Dulce ingenuidad, igualmente, si creemos en la precisión de las palabras... Cualquiera que escuche la ópera *Carmen* se dará cuenta que un simple "te amo", puede ser fatal... no es sólo el texto, entonces, sino el contexto.[7] Hoy en día, quizás más aún — aunque suene arrogante decirlo—, porque tenemos más palabras, más significados, de donde escoger,[8] más errores que cometer... y, por lo tanto, más angustia. Angustia: interesante compañera. Tendremos que aprender a vivir con ella.

Carl Whitaker, uno de los primeros conversadores que conocí, y que me impactaron, con su ingenio inimitable, entre risa y risa..., y casi sin darme cuenta, acabó por ayudarme —su aprendiz— a aceptar la daga en el corazón, confirmándonos que sin angustia no hay vida, no hay amor, no hay crecimiento.[9] Qué difícil, por un lado. Por el otro, es justamente este trance el que nos ubica en el centro mismo de la transformación estética.

Decía, del psicoanálisis a la terapia familiar; del diván a la cámara de Gesell, ese espacio maravilloso y revelador que todos conocemos; fuente de curiosidad para unos, de gran angustia y paranoia para otros, los más, creo. Digo paranoia, porque desgraciadamente no todos poseemos un espíritu teatral —¿confianza básica?—, lo que en esta profesión nuestra es casi indispensable. Tomen nota del "casi", por favor.

¿Qué tiene de especial ese antro que nos desnuda y nos deja vulnerables a la observación directa? Muchos argumentan que es un lugar donde se pueden ejercer, malévolamente, las *relaciones de poder*, —como en el Panóptico de Jeremy Bentham...—. Pero también desmitifica, compañeros, también desmitifica. En un santiamén, a todos nos baja del Olimpo. Pero eso lo explicaré más

adelante. Basta, por ahora, atestiguar que la cámara de Gesell nos obliga a meter el cuerpo, a meter el cuerpo en serio, a involucrarnos, cuerpo y alma, con nuestro mundo relacional; nos obliga a todos, pacientes y terapeutas.

Reverberaciones de imágenes y discursos

En la cámara de Gesell nace la terapia familiar. Un grupo de psicoanalistas observan detrás del espejo a un paciente psicótico en remisión. Corre videotape. Salen. Sigue corriendo el videotape. Cuando regresan, el paciente está en franco quiebre, con su dulce madrecita, atónita, al lado...[10]

Nace, así, una nueva forma de mirar...

Lo individual se vuelve colectivo y lo personal político. Emerge un proceso terapéutico específico a nuestra era. Cables, teléfonos, micrófonos, videocaseteras, y un espejo —que además de espejo es una ventana unidireccional—, reverberan con imágenes y discursos que le dan eternidad al presente.[11]

Por mi parte, me gusta asemejar la *experiencia terapéutica con el espejo a la fiesta brava.* Para mí, la cámara de Gesell es como una plaza de toros. Quizás porque tuve un abuelo y un marido apasionados de los toros, con el tiempo, he llegado a pensar que la vida misma es una corrida de toros.[12] Tiene, o debe tener, algo de fiesta y algo de brava, sólo que todos somos tanto el toro como el torero...[13] —y su cuadrilla—, como el juez, como el aficionado, como el villamelón, como el reportero, como el vendedor de tortas y de cervezas, como la bota de vino; y sí, también, como el fanático de la sociedad protectora de animales... Todos tenemos de todo un poco, pero nuestro escotoma impide que nos percatemos de ello. Así es la vida. Y nuestra conversación, fluctuante y azarosa, con sus partes de conciencia y de inconciencia, nos conduce, ineludiblemente, a la muerte; la muerte y, después, a la resurrección.

Pero existe una constante: mucho de nuestro conversar, verbal y no verbal, *no está bajo nuestro control*. De allí, quizás, nuestra voluntad de poder, o nuestras relaciones de poder. Al decir de Foucault. Aunque cabe preguntar, ¿"poder", poder cómo?

¿Almacenando información? ¿Somos una computadora más? No. ¿Acaso no es preferible poder no sólo oír sino escuchar; no sólo ver sino mirar; no sólo pensar sino vivenciar? ¿No es preferible soltar juicios y prejuicios, puesto que las teorías, por justas que sean, son siempre insuficientes? ¿No es preferible, entonces, poner atención al aquí y al ahora, tomar conciencia, y responder,[14] desarrollando así una "habilidad de respuesta", o sea, *responsabilidad*, ética y responsabilidad?[15]

Entrar al ruedo, esa es la oportunidad. Si nos silban o ignoran o aplauden, no importa, lo que importa es iniciar la faena..., observar, escuchar, conectarnos, con o sin miedo, con o sin temple. ¿Será mucho pedir? Yo, debo confesarlo, me petrifiqué del susto esa primera vez que entré sola a lidiar con una familia, mientras mi equipo permanecía allí, según yo, cómodo y relajado detrás del espejo... Debo confesarlo, mi único deseo era regresar a mi "querencia". Me sentí como Alicia en el País de las Maravillas, cayendo, cayendo, cayendo, en un pozo donde todo aparecía al revés, sólo que yo no pude maravillarme. Me quedé muda. No pude observarme ni observar con curiosidad e irreverencia. No pude.

Esa primera vez ya quedó bordada en mi historia. Ahora, viéndolo bien, la agradezco. Me hizo adquirir conciencia de mi acomodo en la red. Más importante aún, me acercó a mujeres solidarias que aún hoy son mis amigas y colegas. Viéndome caída, y decaída, me extendieron la mano. Con ellas aprendí a reirme de mí misma. Me solté..., y solté varias de mis locas ilusiones... Esa límpida mujer, Mimi Langer, un día me alentó: "Estás muy tiesa, quítate esas cadenas que traes al cuello... "Las metáforas muy aparte, me encanta ponerme cadenas reales; me ayudan a jugar con su recuerdo, aunque se me estruje el corazón.[16]

Vueltas de la espiral

A todos nos llega el día de entrar al ruedo. Nadie puede quedarse sentado para siempre en barrera. Por eso, hay que enderezar la espalda, respirar profundo, barrer el aire con la mirada..., y empezar a andar.

Ahora, para concretizar, delinearé dos facetas de la conversación terapéutica que se lleva a cabo delante y detrás del espejo, a saber: la supervisión y la co-terapia; dos facetas que se generan mutuamente y que crean la multiplicidad de voces con las que conversamos sin cesar.

Me ocuparé únicamente de la *supervisión y co-terapia* en vivo,[17] o sea, de la conversación sobre el proceso terapéutico que tienen el "maestro" y su "aprendiz",[18] o por seguir la metáfora, el matador y el novillero... A mi entender, es una de las maneras más agradables de empezar a hacer terapia, si se le tiene fe al supervisor.[19]

Yo me inicié en ella cuando, después de unas cuantas sesiones de observadora detrás del espejo —muda pero muy atenta—, entré turbada y perturbada, a la sesión con mi supervisor. Ante los ojos de la pareja que "estábamos" atendiendo, era yo la co-terapeuta.[20] Se oye bien.

Fue la primera vuelta de la espiral en mi evolución como terapeuta. Indudablemente, la viví como una *relación de poder*, con roles claramente definidos: el maestro —el "experto", "el que sabe"—, y yo, el "aprendiz", "el que nada sabe". El arriba, yo abajo, muy abajo.

Pocos viven este aprendizaje sin delirio de persecución, quizás porque, aun en nuestros tiempos marcadamente feministas, tiende a asemejarse a la relación tradicional entre un padre y su hijo. Sin embargo, tiene sus ventajas, especialmente cuando el "padre" posee un "lado femenino" bien desarrollado; o sea, cuando se aboca a "servir" y a "cuidar" además de guiar.[21] Enumeraré algunas.

1. El aprendiz ve muy de cerca al "maestro" en acción. Lo observa socializar, reirse, detenerse a pensar, provocar, recibir la provocación, sudar, tartamudear, equivocarse...; hasta puede llegar a verlo sufrir angustia de abandono cuando la familia deja la terapia. (Esto ayuda tanto al aprendiz como al maestro, destronando de un tajo el mito del saber, del poder absoluto..., cambiando el juego de ajedrez por una... "conversación generativa", donde todos ganan, todos crecen. Esto es a lo que me refería cuando hablaba de bajar, en un santiamén, a los dioses del Olimpo...)

2. El aprendiz observa, escucha a sus anchas, sin hacer ninguna intervención. Se relaja, toma nota y aprende la dinámica del proceso. Poco a poco, la teoría —o las teorías— que tiene en la cabeza se conecta con su práctica. El aprendiz observa, escucha, se deja sentir..., frío, calor, entumecimiento, carnalidad —sí, también carnalidad—; y, entonces, ¡aleluya! Se deja ir.[22]

3. El aprendiz observa, escucha, apunta, y, entonces, genera hipótesis. Esta es la raíz de la investigación.

4. Cuando, por fin, al aprendiz le sale la voz, interviene, prueba sus fuerzas, y se permite ser creativo, seguro de que cualquier equivocación puede repararse, puesto que el maestro es el responsable.

5. Empieza el diálogo. Ya no monólogo, sino diálogo. Surgen las diferentes voces, internas y externas, que, estirando y aflojando, cambian la percepción de las cosas... y cuando el maestro ofrece una opinión, una crítica constructiva..., con suerte, el aprendiz responde, también con una opinión, una crítica constructiva. Se inicia, así, la segunda vuelta de la espiral, la mitad lógica, mitad mágica, trayectoria del crecimiento mutuo. Hermoso es, en verdad, este poder, poder "con" y no "sobre" el otro.

6. La conversación entre el maestro y el aprendiz que se transforma en una conversación entre colegas, con el tiempo, se va ampliando, hasta incluir a los pacientes. Nace, así, al triángulo, con su infinidad de alianzas, coaliciones, colusiones, perversiones, mediaciones, competencias y colaboraciones...

7. Juntos, entonces, maestro y aprendiz, matador y novillero, penetran el laberinto de emociones y conmociones que los enfrenta al peligro, haciendo de él una oportunidad. Desmitificación. Diferenciación. Perplejidad... Préambulo al diálogo que festeja la bravura, la iniciativa, la creatividad... y, sí también, el regreso a los orígenes.

8. Ya no "máscara el rostro y máscara la mirada",[23] con una carne deshebrada por el terror. Ya no. Menguado queda el monólogo solipsista que "atora", ése que ve toros, fieras inicuas e iracundas, por todas partes.

9. El maestro-aprendiz-maestro, uno en dos y dos en uno, aprenden a "estar bien" y a "estar mal", dos estados que se generan

mutuamente. Así, con más o menos gracia, con más o menos arte, con más o menos temple, pero con valor —es decir, imponiéndose al miedo, sin el arrojo temerario que tantos desastres ocasiona—, con valor, se comodan en la red y desempeñan su oficio.

Se inicia, así, la tercera vuelta de la espiral.

Fin y recomienzo

Se cierra el círculo. De maestro y aprendiz a pareja humana. Co-sirviendo, co-cuidando, una super-visión y una co-terapia en el trabajo y en la vida. *La diferencia que hace una diferencia.* Reconstrucciones y deconstrucciones irreverentes que nos liberan de "verdades absolutas" reflejadas en un solo "Self", en un solo poder. Reconstrucciones y deconstrucciones que nos surmergen de lleno en nuestro paradójico mundo posmoderno, reanimando nuestra chispa de locura, y ayudándonos a entender que el individuo, único y singular, no puede existir sin su red, que no es nada, en tanto que ser pensante e imaginante, sin su red. Por eso, si al acoplarse busca, garboso, una salpicadita de chile piquín,[24] probablemente "estará bien", en lo individual y en lo colectivo.

Este es el milagro, llámese estructural, sistémico, constructivista, construccionista social, narrativo...; permite que se manifieste el duende, el que nos conecta, nos hermana, nos enreda y desenreda, el que nos empuja, travieso, a que lo dejemos ser, respetando sus olores, sus sabores, sus alegrías y sus dolores, su pensamiento y acción. Entonces, no nos queda más remedio que abrir los ojos a todo lo que dan, y sonreir...[25]

Notas

1 R. Eustace J. "Mujer de hoy, mujer en transfiguración: construcciones-reconstrucciones", *Psic. y Fam.*, 3 (1), 1990, 17-22. "Voces de unión entre la terapia familiar y el psicoanálisis: de las Erinias a las Euménides", presentación, 3er. Congreso de Terapia Familiar, AMTF, México, D.F., 1990. "La sociedad del futuro, un reto para el psicólogo", *Psic. y Fam.*, 5 (2) 1992, 8-14.

2 L. Hoffman, *Foundations of Family Therapy*, N.Y., Basic Books, 1981

3 G. Bateson, "Form, Substance and Difference", *Steps to an Ecology of Mind*, N.Y., Ballantine Books, 1972, pp. 448-466.

4 M. Foucault, en *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, N.Y., Pantheon, 1988. También en J. Habermas, *Sobre Nietzsche y otros ensayos*, México, Rei, 1996.

5 Foucault define discurso como un patrón específico o estilo de pensar..., creado por prácticas sociales específicas.

6 J. Pérez Alarcón, en "Pensamiento, lenguaje y terapia narrativa", *Psic. y Fam.*, 11(1), 1998, pp. 24-27, p.26.

7 "Si je t'aime, prends garde ó toi...". "Si te amo, cuídate..." Cabe recordar, también, el "si me amas no me ames" tan doble vincular de M. Elkaïm.

8 K. Gergen, en *The Saturated Self*, N.Y., Basic Books, 1991.

9 C. Whitaker, *From Psyche to System*, N.Y., Guilford, 1982.

10 Esto provocó una campaña en contra de la "madre esquizofrenizante" que dura todavía, puesto que, ante el dolor, el ser humano "caza al culpable"...; señalamiento constante de B. Blum en el Hospital Infantil de México.

11 La similitud con el panóptico y sus reverberaciones enajenantes quedan en el tintero para futuras reflexiones. Por ahora, basta recordar la mayor "democratización" de la mirada que da el equipo reflexivo de T. Andersen.

12 L. Hoffman me retaría con esto... Pero ella, a mi entender, fragmenta la imagen taurina. Ve al matador con un seductor ególatra que desea llevar al toro a una muerte infame. Para mí, ésta es la voz de la sociedad protectora de animales. Muy válida. La respeto. Pero yo quiero escuchar la polifonía.

13 Dicen que el torero representa la inteligencia y el toro el instinto, ¿será?

14 M. Lalanda y A. Amorós, *La Tauromaquia de Marcial Lalanda*. Madrid.

15 Se dice fácil. Por eso, quizás el número tan pequeño de matadores..., o de monjes Zen.

16 Cadenas enredadas al cuello que me devuelven las enseñanzas sabias de la Mimi, ésas que, a veces, "me han dado la agilidad para caer *de pie*, al evitar la mala peligrosidad que llega de sorpresa y que no permite más solución que la huida" como diría M. Lalanda.

17 Cuando hablo de la supervisión en vivo me viene a la memoria la que yo aprendí, descrita en *Paradox and Counterparadox*, de M. Selvini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Gecchin y G. Prata, N.Y., Aronson, 1978.

18 Me refiero a terapeutas acreditados, que entran en relación con todo el aval de un instituto de formación: estudios, análisis, horas de teoría y de práctica, etc. Los términos "maestro" y "aprendiz" son de C. Whitaker, *Op. Cit.*

19 Uso "supervisor" por seguir la costumbre patriarcal de asociar "hombre" y "humanidad", pero es indistintamente él de ella.

20 Mis impresiones de la co-terapia están íntimamente ligadas a mi experiencia personal, que ha sido tan enriquecedora para mí. 1) en la clínica Menninger, 3 meses con Steve Jones y Arthur Mandelbaum. Maravilloso despertar. 2) 6 años en el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez", con Bony Blum y Mimi Langer, y Nacho Maldonado en UNAM. La base de mi formación e información. 3) 6 años con mis compañeras de formación en el ILEF, Martha Fernández, Tere Robles y Diana Rubli. Gentileza de la igualdad dentro de la diferencia. 4) con mis supervisandas de la UDLA y del Instituto de Terapias Breves. 5) y hasta ahora, con Ruth Tawil; el tránsito de la supervisión a una co-terapia de pares. 6) co-terapia de pareja con Amando Almazán, colega psicoanalista: una incitación poderosa para incorporar el pormodernismo...

21 Ejemplo claro de una relación de poder positiva. Las hay.

22 No hay nada nuevo en esto... Consejo de un chavo a todo dar que, una vez, me quiso enseñar a bailar danzón: "mire , seño, primero escuche la música, luego, siéntala en su corazón, y luego, ¡zas!, estará bailando..."
23 O. Paz, en *El laberinto de la soledad*, México: SEP, 1950.
24 Si el chile está en la comida, va..; ¡pero que no sea otro tipo de "enchilada"..."!
25 Para ampliar este trabajo se recomienda la lectura de artículos tales como: en *Psic y Fam*: J. Abia,. "La deconstrucción de la hipnosis en un mundo posmoderno" 10 (1) 1997, 7-11. T. Andersen, "El lenguaje no es inocente", 8(1) 1995, 3-7; "El lenguaje es poderoso, y puede ser peligroso", 9(1) 1996, 14-20. F. Aurón y E. Altahus, "Cuando andar en el camino", 8(1) 1995, 8-14. F, Avilés, "La co-terapia: una alternativa en el trabajo psicoterapéutico", 5(1) 1992, 8-14: "La co-terapia como procedimiento terapéutico. Entrevista a Carlos María y María Cristina Martínez-Bouquet" 6(1) 1993, 37-44. M. Biancardi. "El observador ciego: Hacia una teoría del sujeto", 6(2) 1993, 1-6. G. Gecchin, G. Lane y W. Ray, "De la estrategia a la no-intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica", 6(2) 1993, 7-15; "Influencia, efecto y sistemas emergentes", 8(1) 1995, 15-22. R. Chouhy, "Presentando lo sistémico a terapeutas con formación psicodinámica: temas de supervisión y entrenamiento", 7(19 1994, 1-3 M. Elkaïm, "Constructivismo, Construccionismo social y Narraciones, ¿están en el límite de lo sistémico?" 9(2) 1996, 4-13. E. Espejel, "Nuevos paradigmas de investigación en terapia familiar", 7(1) 1994, 10-13; "Factores psicosociales y su influencia en la familia", 10(1) 1997, 12-14. C. Falicov, "Sistemas de significado en transcontextos: familias grandes y pequeñas", Número Especial, 1995, 14-24. M.L: Fasciana y C. Valerio, "Tu música, mi silencio, el ruido que llega de fuera", 10(1) 1997, 15-22 J. Fortes, "Pareja, género y cultura", 9(2) 1996, 14.19; "Aceptando nuevas diferencias y construyendo nuevas realidades con la madre de un homosexual" 11(1) 1998, 4-8 A. Franklin y O. Desatnik, "Intimidad", 11(1) 1998, 9-14. R. Macías y F. Avilés, "Seminario experiencial de supervisión: autoimagen en familias simuladas", 9(1) 1996 33-36. "Psicología, psicoterapia y medios de comunicación", 9(2) 1996, 32-33. I. Maldonado, "Bosquejo de una teoría relacional del self", 11(1) 1998, 15-23. D. Rubli, "El equilibrista y su red: redes internas y redes sociales", 11(1) 1998, 15-23. C. Sluzki, "Migración y las vicisitudes de la red social", Número Especial, 1995, 32-35.. D. Fried Schinitzman y S. Fuks, "Conversaciones terapéuticas: entrevista con Harold Goolishian", 5(1) 1992, 38-47. R. Tawil, "Un estudio comparativo de la relación familiar de dos generaciones de una comunidad judeo-mexicana", 11(2) 1998, 33-39. J. Vicencio, "Los efectos del entrenamiento sistémico en la persona terapeuta", 7(2) 1994, 29-34- En *Fam Proc*: C. Flaskas y C. Humphreys, "Theorizing About Power: Intersecting the Ideas of Foucault with the 'Problem' of Power in the Family" 32(1) 1993, 35-48. V. Goldner, "Power and Hierarchy: Let's talk about it" 32(2) 1993, 157-162. R. T. Hare-Mustin. "Discourses in the Mirrored Room: A Postmodern Analysis of Therapy" 33(1) 1994, 19-36. P. Penn y M. Frankfurt, "Creating a Participant Text: Writing, Multiple Voices, Narrative Multiplicity", 33(3) 1994, 217-232. C. Sluzki, "TRAnsformations: A Blueprint of Narrative Changes in Therapy", 31(3) 1992, 217-230.

La integración de la enseñanza, la atención clínica y la investigación en la terapia familiar.

Una aportación del Instituto de la Familia.

Raymundo Macías A. *
Emma Espejel A. **
Francisco Avilés G. *

Antecedentes

Los primeros pasos hacia la concepción de un modelo terapéutico basado en la familia, se dieron en los Estados Unidos en la década de los 50s cuando se organizan eventos cuyo objetivo principal era resaltar el papel que juega la familia en los procesos de salud y enfermedad entre sus miembros. Destacan principalmente las aportaciones del grupo de Palo Alto, en la costa oeste de los E.U., encabezado por Bateson y Jackson, así como las aportaciones de Nathan Ackerman en Nueva York, Murray Bowen en Washington y el grupo de Bozormengy-Nagy en Filadelfia en la costa este de los E.U. Poco después el grupo de N. Epstein en Canadá.

El contexto mexicano

En los años de 1953 y 1954 Nathan Ackerman viene a México invitado por Erich Fromm para supervisar a su primer grupo de formación psicoanalítica. En esa ocasión ofrece una conferencia en el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México sobre: "El niño y su familia". El tema es estimulante para un grupo de investigadores latinoamericanos entre los que se contaban G. Dávila de México, C.A. Seguin de Perú y J.A. Bustamante de Cuba, y

* Instituto de la Familia A.C. (IFAC)
** Instituto de la Familia A.C. (IFAC). Universidad Autónoma de Tlaxcala

llevan a cabo una investigación transcultural, cada uno en su propio país sobre "El niño enfermo y su familia". Sin embargo, la terapia familiar como propuesta terapéutica no se da en nuestro medio aún, en ese entonces.

La Terapia Familiar comienza a aplicarse en México a partir de 1963, cuando regresa de Montreal Raymundo Macías de su entrenamiento con N. Epstein, además ofrece seminarios y cursos de dinámica y terapia familiar tanto en el posgrado de psicología como en el de psiquiatría de la UNAM. El primer programa formal de entrenamiento de terapeutas familiares se inicia en 1969 en el posgrado de psicología de la UIA, promovido por él mismo, junto con Lauro Estrada y Roberto Derbez. Este programa contemplaba un año de trabajo de seminarios conjuntos de casos clínicos, de teoría, de técnica y de supervisión, e iba dirigido a ya especialistas en psiquiatría y en disciplinas de la salud mental, con experiencia en psicoterapia de varios años. A partir de 1972 el programa se amplía a dos años, se ofrece práctica clínica supervisada en servicios afiliados y queda bajo la responsabilidad y dirección del Instituto de la Familia, mismo que inicia sus actividades con ese propósito entre otros. A lo largo de todos estos años, y siguiendo de alguna forma este modelo, han surgido muchos otros cursos y programas de entrenamiento en México.

La enseñanza en el IFAC

Los objetivos de la enseñanza en IFAC desde 1972 han sido varios, sin embargo los que queremos destacar en este texto son los siguientes:

1. Promover el estudio y la enseñanza de la dinámica familiar y sus raíces psicosociológicas, formar terapeutas familiares y mantener entre los miembros y estudiantes del IFAC el mejor nivel de desarrollo y madurez profesional posible.

2. Organizar cursos para médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, maestros, clérigos y otras personas que tratan de ayudar a la familia, promoviendo su mayor capacitación y conciencia de sus limitaciones.

Se inicia considerando los siguientes aspectos fundamentales: teórico-técnicos, clínico-prácticos, de supervisión integradora y formativo experienciales con la psicoterapia personal de corte analítico. Se considera necesario proveer al terapeuta de un marco teórico-conceptual dinámico-sistémico-integrativo abierto a la luz de los nuevos paradigmas de la salud mental y de las múltiples visiones que aparecen en nuestro campo. La idea colaborativa interinstitucional siempre ha estado presente, de ahí que tanto las clases teóricas, como la práctica clínica se llevaran a cabo en un principio en los espacios institucionales que proporcionaban los hospitales tanto el de Pediatría, del Centro Médico Nacional del IMSS como el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

La supervisión se fundamentó en la necesidad de lograr una coherencia entre los nuevos aprendizajes, su aplicación clínica y la formación de la persona del terapeuta.

La obligatoriedad de que el miembro en entrenamiento se sometiera a un tratamiento de corte psicoanalítico se ha basado en la certidumbre de que la epistemología que gira alrededor de la terapia familiar moviliza aspectos internos individuales, familiares o de pareja, que de no ser trabajados en un proceso de análisis personal por el candidato en formación, podrían ser actuados contratransferencialmente en las intervenciones del proceso de la terapia familiar.

Originalmente el curso de entrenamiento estuvo basado en el modelo psicodinámico familiar de Epstein y de Ackerman de Canadá y Nueva York respectivamente, a continuación incorporó elementos del enfoque Comunicacional de Palo Alto, específicamente del Experiencial de Virginia Satir, del Estructural de Minuchin, del Estratégico de Haley, el Integrativo de los Duhl, los de Terapia Breve, más tarde los Modelos de Milán y de Roma, y últimamente de los llamados Constructivistas y Posmodernos dentro de una perspectiva ecosistémica.

Riqueza toda ella que nos ha permitido constituir una identidad propia en cuanto a continuar desarrollando nuestro modelo Dinámico-sistémico-integrativo, tendiente cada vez más hacia una

concepción holística, puesto que también estamos incluyendo la dimensión espiritual*.

Paralelo al curso de entrenamiento, que se amplió posteriormente a dos y medio y a tres años, se desarrolló un curso introductorio a la psicopatología, cuyo objetivo principal ha sido cubrir durante un año o más si fuese necesario, los vacíos de experiencia e información de los candidatos que vienen de otras disciplinas y aun de las propias y que aspiran a realizar el curso de entrenamiento en terapia familiar ahora reconocido con grado de maestría oficialmente por la SEP.

Se han desarrollado también, diplomados en comunicación y orientación familiar, así como especializaciones en diferentes instituciones de la capital y de otros estados. A manera de extensión académica y educación continua se han proporcionado numerosos cursos y talleres para los estudiantes en entrenamiento y para los egresados, que en los últimos diez años han incrementado su número a poco más de trescientos.

Destacan también en la última década los temas referentes a la supervisión, la pareja, la investigación en familias y parejas, y otros que han dado lugar a cursos formales de evaluación familiar, supervisión y al curso actual de pareja, para terapeutas ya entrenados, no solamente egresados de IFAC, sino también de otras instituciones.

La idea terapéutica de IFAC

La terapia familiar concebida dentro de un enfoque dinámico-sistémico-integrativo cuenta con un cuerpo teórico amplio y una extensa gama de técnicas para promover cambios, los cuales están dirigidos tanto a nivel individual, de la pareja, de la familia y la comunidad. Basada en la Teoría General de Sistemas (cibernética, de 1° y 2° orden), considera a la familia como un sistema abierto, es decir, un conjunto de individuos en constante interacción, hacia dentro y hacia afuera del mismo grupo y desde múltiples niveles (afectivo, instrumental, verbal, no verbal, etc.)

* R. Macías 1997; "Discurso de clausura del Simposio XXV- Aniversario de IFAC"

Desde su fundación y en las siguientes décadas, IFAC ha ofrecido atención con esta orientación, en forma regular en hospitales con servicios psiquiátricos y de salud mental, como el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional, el Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez", el Instituto Nacional de Salud Mental del DIF, los Institutos Nacionales de Cardiología, de Enfermedades de la Nutrición y de Pediatría, los Hospitales Psiquiátricos "Fray Bernardino Alvarez" y "Juan N. Navarro", la Clínica Psiquiátrica San Rafael y los Centros Comunitarios de Salud Mental del IMSS y de la UNAM, entre otros.

Funciones del IFAC

Esta concepción sobre la Terapia Familiar y la formación del correspondiente terapeuta se vierte en las siguientes Funciones Generales del Instituto que son las de:

- Conocer mediante la práctica clínica y la investigación coordinada, la dinámica de las familias mexicanas en sus diferentes contextos socioeconómicos y culturales.
- Distinguir a las familias funcionales de las disfuncionales mediante parámetros propios, escalas e instrumentos que surjan de la práctica clínica y del contacto con dichas familias para que sean aplicables a nuestro medio.
- Proponer y poner en práctica metodología de intervención en dichas familias con procedimientos y técnicas adecuados a nuestra idiosincrasia, con base en paradigmas mexicanos, ya que los de otras culturas donde se ha desarrollado la Terapia Familiar no son en muchas ocasiones aplicables a nuestro medio.
- Brindar un foro donde se puedan vertir las opiniones de los interesados en la Familia Mexicana y que permita coordinar esfuerzos en común.
- Ofrecer consulta de Psicoterapia Familiar, en forma no lucrativa, a la comunidad en general, a través de los servicios clínicos del propio Instituto y de otras instituciones afiliadas.
- Participar como Instituto, tal y como se ha llevado a cabo desde su creación, con otras asociaciones interesadas en la salud

mental como son: la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, la Asociación Psiquiátrica Mexicana, la Federación Mexicana de Salud Mental, el Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, y el Consejo Mexicano de Terapia Familiar, entre otras.

- Establecer y pugnar por mantener estándares del mejor nivel de atención psicoterapéutica a las familias.

Actualmente en México, el incremento de necesidades de una población cada vez mayor requiere de la formación profesional y responsable de promotores de la salud mental familiar en sus diferentes niveles, tanto en la prevención primaria y la orientación, como en la intervención terapéutica propiamente dicha. La experiencia de más de 27 años de atención a miles de familias mexicanas nos confirma la efectividad de esta modalidad de trabajo clínico y nuestro compromiso para continuar desarrollando acciones en beneficio de la familia.

Investigación IFAC

El interés por la investigación en IFAC ha estado presente desde sus inicios*, sin embargo a partir de 1988 en que se hace cargo de la Jefatura de Investigación la Dra. Emma Espejel es cuando se han desarrollado y sistematizado nuestros proyectos más importantes.

Los objetivos de esta jefatura han sido, promover y coordinar el desarrollo de la actividad científica, vinculándola con la Jefatura de Enseñanza y la de Clínica, para sistematizar el conocimiento que se produce en el cotidiano contacto terapéutico con las familias, investigaciones intrínsecas al trabajo de la Terapia Familiar, las cuales se venían realizando desde la creación misma de IFAC pero sin una coordinación y sistematización adecuadas.

Actualmente el Programa de Investigación de IFAC cuenta con los siguientes campos o líneas de investigación en particular:

* "La investigación en los primeros XX años del Instituto de la Familia Simposium Internacional octubre 1992", Contacto IFAC XX Aniversario.

1. La investigación del *ciclo vital de la familia*, a diferencia del ciclo vital individual, visto con un enfoque sistémico integrativo, en sus diferentes etapas y situaciones críticas.

2. La metodología de *evaluación familiar* con respecto a funcionalidad y disfuncionalidad en nuestro contexto. Creación y validación de instrumentos para este fin.

3. Detección oportuna de las *familias en riesgo*. Investigadas a través de una cédula autoaplicable, para familias que están en posibilidad de caer en una situación de crisis y/o de disfuncionalidad. El escenario de la investigación comprende tanto el nivel hospitalario como el de población abierta

4. *Clasificación y tipología de las familias mexicanas* de acuerdo a diversos parámetros regionales que posteriormente permitan realizar estudios más específicos.

5. *Enfermedad física y familia*. Las repercusiones en el sistema familiar cuando existe un miembro con padecimiento físico y el abordaje del proceso psicosomático con base en las transacciones familiares.

6. *Enfermedad psiquiátrica y familia*. El estudio de las principales patologías psiquiátricas como son la ansiedad, depresión, esquizofrenia, retardo mental, farmacodependencia, etc., tomando como unidad de referencia a la familia.

7. *Adolescencia y familia*. Siendo ésta una etapa crítica en el desarrollo de la personalidad, con una mayoría poblacional en nuestro país de niños y adolescentes, estudiar cuál es la problemática que se presenta actualmente en nuestro medio y encontrar los abordajes que brinden mejores resultados terapéuticos resulta esencial. Gran parte de la investigación se encamina al planteamiento preventivo de un mal mayor en etapas posteriores de la vida, de ahí que haya sido importante abrir la siguiente línea de investigación.

8. *Noviazgo*. A pesar de la relevancia para la vida futura de los cónyuges y sus familias, la etapa de elección de pareja y proceso de formación de una nueva familia es posiblemente una de las menos estudiadas científicamente, consideramos que una vez que conozcamos mejor las características de este periodo, se podrán desarrollar

formas que permitan auxiliar la elección e integración de parejas y predecir cuál será el tipo de conflictiva probable a futuro para ensayar intervenciones preventivas.

9. *Evaluación y tratamiento de parejas*. Proyecto que se deriva de la clínica de parejas correspondiente al curso anual de posgrado en Terapia de Pareja en nuestro Instituto.

10. *Separación y divorcio*. Una de las necesidades más apremiantes para psicoterapia es el proceso de separación, por las implicaciones que dicha situación tiene en la vida familiar. Cada vez más frecuente el divorcio, ha condicionado que se investigue dicho proceso no sólo desde el punto de vista de los sentimientos de cada cónyuge, sino también en el ámbito familiar extenso, con particular atención a los hijos.

11. *Eficacia de la psicoterapia familiar*. Como principio básico en el proceso psicoterapéutico, la medición y corroboración de la eficacia de las intervenciones es una línea de investigación que permite mejorar e impulsar nuevos procedimientos. Aún cuando la subjetividad de los cambios es amplia, también cada vez son mayores los recursos para demostrar los beneficios de las diferentes intervenciones terapéuticas. En este rubro existe una investigación concluida en el año de 1996 que avala la eficacia de la Terapia breve en la Clínica del Instituto* y a la fecha está por concluirse otra en relación a dos grupos con violencia intrafamiliar, uno con apoyo psicológico inespecífico y otro con Terapia Breve Sistémica.**

Cada uno de los programas de investigación antes mencionados cuenta con una amplia gama de ramificaciones o subcampos, en algunos de los cuales el Instituto de la Familia ya ha realizado tanto investigaciones formales como exploratorias, basten como ejemplo las siguientes:

- Parejas en proceso de separación y/o divorcio.
- Cédula de autoevaluación familiar. Detección de familias en riesgo.

* Wulfovich, M. (1996) *La Terapia Breve Estratégica y la Clínica de la Familia IFAC. Resultados y propuestas*. Tesis IFAC.

** Gabriela Murguía, *La eficacia de la Terapia Familiar Breve en dos grupos de familias con violencia intrafamiliar*; Tesis IFAC (en proceso)...

- Las familias en el Distrito Federal.
- La mujer en el ejército mexicano y su estructura familiar.
- Características familiares de niños con problemas escolares.
- El bajo aprovechamiento escolar y su relación con la familia disfuncional.
- Depresión infantil desde un punto de vista sistémico.
- El perfil de la familia del niño quemado.
- El paciente diabético y su familia.
- Pacientes candidatos a transplante renal.
- La prescripción del síntoma en el enfermo médico.
- La familia suicidogénica.
- Familias en crisis.
- Mitos y familia.
- La amistad como recurso terapéutico.
- Noviazgo.
- Elección de pareja y contrato matrimonial. Necesidades y expectativas en interacción.
- Elección de pareja y su interrelación con la funcionalidad posterior.
- La intimidad en la pareja.
- Evolución de la intimidad de la pareja dentro de un programa de infertilidad en el nivel hospitalario.
- Matrimonio y divorcio. Marco legal.
- Organización de las familias reestructuradas.
- Estudio exploratorio de 100 familias con el enfoque dinámico-estructural sistémico integrativo.
- Capacitación sobre Terapia Familiar en un equipo multidisciplinario.
- Modelo de selección para aspirantes a la especialización en Terapia Familiar.
- Escala de Funcionamiento Familiar, confiabilizada y validada. Ha sido publicada por la Universidad de Tlaxcala e IFAC en 1997.
- Base de datos para evaluar familias que asisten a las diferentes sedes clínicas de IFAC.

Las investigaciones y trabajos exploratorios antes mencionados ya han sido presentados de manera preliminar o final en diversos foros académicos no sólo de Terapia Familiar, sino de otras áreas e incluso algunos han sido premiados por otras asociaciones.

El profesorado del Instituto de la Familia, de manera conjunta en las diferentes sedes clínicas, está realizando investigación continua desde 1987 sobre "Parejas en proceso de separación y divorcio", estudiándose profundamente 30 familias hasta la fecha. Desde 1995 sobre "Familias sin patología aparente", llevándose registradas 100 familias en el presente año 1999. Se inician además dos proyectos relativos a la "Validación del Autocuestionario de Sternberg en la relación de pareja" y "Principales variables del proceso de noviazgo en México"; se ha concluido ya la investigación sobre funcionalidad familiar y reintegración de niños internados, llevada a cabo en las instalaciones del DIF por personal de IFAC.

Lo anterior es independiente de los proyectos de investigación de los alumnos para su tesis de recepción, mismos que son asesorados por los profesores del curso aunque el alumno es el directamente responsable de su proyecto. Uno de los proyectos está por concluirse y se refiere a la eficacia de la Terapia Familiar en la intervención con familias que presentan violencia intrafamiliar, otras dos tienen que ver con el funcionamiento familiar de dos grupos de diabéticos, uno de ellos complicados renalmente y otro más sobre el mismo tópico que se refiere a la salud-competencia y estilo familiar. Uno más es "Un modelo de tratamiento de pareja a través de un equipo orientado bajo la óptica dinámico-sistémica."

Vale la pena agregar también el esfuerzo conjunto que ha hecho esta jefatura y la de enseñanza al organizar talleres permanentes con relación a la situación actual de la investigación en familia y Terapia Familiar. A la fecha se han realizado talleres de evaluación familiar, de familias funcionales, de investigación cuantitativa y cualitativa, de investigación participativa como un modelo alternativo en la investigación de la Terapia Familiar. Estos talleres han estado a cargo de reconocidos académicos nacionales e internacionales que hemos tenido el gusto de invitar a fin de que tanto nuestros maestros como terapeutas en entrenamiento se beneficien en un intercambio colaborativo.

IFAC como sistema, su proyección intra, inter y supra-sistémica

Dentro de nuestra concepción terapéutica, un valor importante es la congruencia de principios en un verdadero sentido isomórfico, concibiendo la familia como un sistema en el cual sus miembros interactúan y crean una realidad compartida.

Es necesario brindar un espacio suficientemente nutritivo para la formación y desarrollo, así mismo, es importante para IFAC como gran familia, como sistema familiar ampliado, proveer ese espacio formativo y de crecimiento, tanto para los alumnos, nuevos miembros en entrenamiento, como para los egresados y los maestros, miembros asociados y titulares, todos en constante formación, a través de las actividades de enseñanza, educación continua y extensión académica, grupos de estudio, talleres, seminarios temáticos, seminarios clínicos y de investigación, trabajos en equipo, de supervisión autoreflexiva y discusiones de casos en la clínica; todo lo anterior realizado de la manera más amplia posible. Esto es lo que concebimos como la dimensión intrasistémica de la proyección de IFAC.

La siguiente dimensión es la de contacto inmediato con la comunidad en los distintos servicios que ofrece directamente IFAC en su clínica, así como los que ha ofrecido y continúa ofreciendo a través de los servicios clínicos afiliados a los distintos programas de enseñanza, desde su fundación, en Instituciones de Servicios del Sector Salud y de Asistencia, tanto públicos como privados. De todo esto ya se habló en las líneas precedentes.

Para lograr una amplia difusión tanto en esta megametrópoli que es la Ciudad de México, como a nivel nacional, ha sido necesario establecer relaciones de colaboración interinstitucional, sobre todo en lo académico, así como en distintos aspectos de interés profesional y social, además de las Instituciones de servicio ya mencionadas, con Instituciones hermanas como la Asociación Mexicana de Terapia

Familiar, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Instituto Personas, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, Asociación Psiquiátrica Mexicana, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, Asociación Mexicana de Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Instituto Mexicano de Psicoanálisis, Posgrados y Extensión Académica de la UNAM, UAM, UIC, Anáhuac, UIA (México, Puebla y León), otras Universidades de provincia como Puebla, UDLA, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala, Veracruz, Michoacán, Guadalajara, La Laguna, Universidad de la Comunicación, Crisol, IMDOSOC, CONAPO y recientemente con FEMESAM, IFAPAC, CEFAP, FEMESS, Centros de Servicios Psicológicos ALFA OMEGA, Consejo Mexicano de Terapia Familiar, Colegio Mexicano de Psicoterapia, FAME y otras más de nuestro campo profesional.

En estos últimos diez años las actividades realizadas por IFAC, han sido muy numerosas, mencionaremos aquí tan sólo algunas de las más destacadas. A partir de 1989 IFAC ha participado activamente en los Congresos Nacionales y actividades académicas de otras organizaciones tales como los de la AMTF, la Asociación Psiquiátrica Mexicana, la Asociación Psicoanalítica Mexicana en el Simposio "Mitos y Realidades de la Supervisión", en Noviembre de 94 en Querétaro, Qro., así como en los de la AMPAG y en los eventos especiales del Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia: I Encuentro sobre redefinición de objetivos y funciones, noviembre de 94 y en los Encuentros Interinstitucionales sobre Etica, de 1995 a la fecha.

También en nuestro medio IFAC ha colaborado en forma activa, en distintos seminarios, talleres y cursos, algunos sobre la misión de la familia y la pareja en México, organizados por el IMDOSOC (Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana), así como en los Encuentros de Psicología, del Centro de Servicios ALFA-OMEGA, con motivo del Año Internacional de la Familia y otros posteriores.

En diciembre de 1994 concluyó exitosamente un primer curso Diplomado en Educación y Comunicación Familiar que se ofreció conjuntamente con la Universidad de la Comunicación.

Es importante destacar también a lo largo de este tiempo, la colaboración y apoyo al IFAPAC (Instituto de la Familia y Pareja del Centro), que integra sedes en León, Querétaro y San Luis. A partir de junio de 1995 en los Congresos de CEFAP (Centro de Estudios para la Familia) de Puebla. En dos ocasiones se ha impartido el Módulo de Psicoterapia de Familia y Pareja en el Posgrado de Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Yucatán y también se ha colaborado con la Universidad del Mayab en Mérida. Se han organizado dos importantes Seminario-Taller con Mony Elkaïm y se ha participado además en Reuniones con la Universidad de La Laguna y la Sociedad de Salud Mental de Torreón, en su Congreso de Psicoterapia, con APEICNAC en México en sus jornadas del XX Aniversario, noviembre de 1995.

En 1996 tuvimos actividades interinstitucionales con: Boston Family Institute, seminario-taller con F. Duhl, México en Febrero, FEMESS, Congreso Nacional, Aguascalientes y con FENAPSIME un Seminario-Taller en Cuernavaca, en abril, con CESAL, CENCOS y Fundación Ama a la Vida, en sus cursos taller contra adicciones, FAME Saltillo, II Congreso Regional de la Mujer, Familia y Mundo Actual y con el Instituto Nacional de Perinatología en un Taller sobre Sexualidad Humana, en mayo y junio.

Importa destacar una constante colaboración con medios masivos de comunicación por la proyección y difusión que se puede dar a la temática de Familia y Pareja, en programas de TV en Canal 11 del IPN, "Escuela para Padres" y TV de la Universidad y de la SEP, y en Radio "Escucha" en Radio Red y en especial en el IMER, en XEB en el Programa "Sin Vergüenza", que conduce una egresada de IFAC.

La constitución del Consejo Mexicano de Terapia Familiar, creado por iniciativa del IFAC y de la AMTF, cuyo propósito único es certificar a los especialistas que así se acrediten curricularmente y/o por examen, ha sido un logro extraordinario en la normatividad

de nuestra especialidad, ha sesionado regularmente en IFAC a partir de su constitución en 1996.

El siguiente nivel es el de las actividades en el ámbito nacional con participación o repercusión internacional, entre ellas destacamos: en octubre de 1992, IFAC celebra su XX Aniversario, realizando un exitoso Simposio Internacional sobre "La familia y el siglo XXI. Sus problemas, prevención y/o tratamiento, retos y expectativas" con el co-patrocinio de IFTA y la WPA (Sección de Psicoterapia) y la destacada participación de invitados extranjeros, entre ellos N. Epstein, F. Kaslow, R. Beavers, F. Duhl, F.Ford y M. Rosenbaum, entre otros, con gran participación y resonancia a nivel nacional.

A fines de junio de 1997 un lugar especial tiene el Simposio Internacional "La Terapia Familiar hacia el Siglo XXI", en México para el XXV Aniversario de IFAC. Es necesario mencionar la importancia que tuvo para este evento la colaboración de Instituciones hermanas al participar en el programa (AMTF, ILEF, PERSONAS, UNAM, etc.), así como el apoyo que a nivel personal nos brindaron los participantes extranjeros, algunos de ellos se costearon su viaje, viviéndose miembros de la familia IFAC, destaca la participación de: H. Anderson, R. Beavers, L. Chagoya, F. Duhl, N. Epstein, C. Falicov, F. Ford, L. Hoffman, A. Serrano, K. Tomm y G. Zuk. El éxito académico y de asistencia nacional, y aún extranjera, fue total.

En abril de 1995 participamos en el Encuentro Mundial de Psicología, organizado por la Universidad Autónoma de Puebla, y en noviembre de 1998, en el simposio Internacional sobre supervisión en Psicoterapia, organizado por el Posgrado de Psicología de la UIA también de Puebla.

Una última dimensión sería la de las relaciones y actividades en el ámbito internacional, en él destacaríamos las importantes relaciones con IFTA (International Family Therapy Association), OPS (Organización Panamericana de la Salud), MINSAP (Ministerio de Salud Pública) de Cuba, APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina), ASHP (American Society of Hispanic Psychiatrists), WPA (World Psychiatric Association), EFTA

Fig. 1 PROYECCIÓN INFRA, INTER Y SUPRASISTÉMICA DE IFAC

(European Family Therapy Association), AFTA (American Family Therapy Academy), AAMFT (American Association of Marriage & Family Therapy) y recientemente con Akron Child Guidance Center y el International Consortium of Family Therapy Training Programs (Free Standing Institutes), mencionamos tan sólo algunas de ellas.

Dentro del programa de colaboración que se había venido dando con MINSAP de Cuba, en particular con el Grupo Nacional de Psiquiatría, desde mediados de los 70s, para formación, actualización y supervisión en Terapia Familiar, se logra con el apoyo de CONACYT, para iniciar en 1989 un ambicioso programa de intercambio y son enviados siete psiquiatras de La Habana y otras provincias, 4 mujeres y 3 hombres, para que incorporados a la generación XIV de formación en IFAC, se entrenen durante un año en forma intensiva. Sólo tres de ellos pueden regresar en 1992 para realizar otro año intensivo de entrenamiento, dentro del mismo programa, incorporados en esta ocasión a la generación XV en su segundo año de formación. Se hicieron varias visitas a Cuba para seminarios de actualización y actividades de supervisión clínica y de investigación, en ocasiones aprovechando la asistencia a eventos latinoamericanos.

En 1990, como miembro electo del "Board" de IFTA, Raymundo Macías-A. participa con la representación de IFAC, en el segundo Congreso de IFTA en Cracovia, Polonia, y se plantea la posibilidad que se realice en México en años próximos uno de los Congresos Mundiales de nuestra especialidad. En 1991, al llevar al III World Family Therapy Congress de Jyvaskyla, Finlandia, la propuesta del Consejo Directivo de IFAC, apoyada por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, de la que Enriqueta Gómez era entonces Presidenta, para el posible Congreso Mundial en México, él resulta Presidente-Electo de IFTA, con lo que se consolida el compromiso.

En 1992, en Jerusalén, una vez más en representación de IFAC, durante el IV Congreso Mundial, R. Macías asume la Presidencia de la Asociación Internacional de Terapia Familiar (IFTA), Enriqueta Gómez, entonces Presidenta de IFAC, es designada para la Secretaría General de IFTA y se reconfirma la asignación a México para realizar el VII Congreso Mundial de Terapia Familiar a celebrarse en Guadalajara, Jalisco, en octubre de 1995. Quedan así los dos como responsables, Presidente y Vicepresidente del Comité Organizador para el Congreso Mundial.

En mayo de 1993 participamos en el V Congreso Mundial de IFTA en Amsterdam y se lleva la solicitud de trabajos y primera convocatoria para el VII Congreso Mundial; con miembros del Board de IFTA y representantes de destacadas instituciones en el ámbito de nuestra especialidad se integra el Comité Asesor Internacional para el Congreso. Jacqueline Fortes de Leff y Flora Aurón como Presidentas de IFAC y AMTF, respectivamente, son designadas para hacerse cargo del Comité del Programa Científico, integrándose a éste y al Comité Organizador además de otros miembros del IFAC y de la AMTF, compañeros de ILEF, Personas, UNAM, AMPAG, Crisol y otras organizaciones vinculadas a la Terapia Familiar en nuestro medio, colaborando todos interinstitucionalmente en un gran esfuerzo para garantizar el éxito de este evento tan importante.

Destaca la participación del contingente mexicano y de IFAC en especial que acudió en agosto de 1994 al VI Congreso Mundial de IFTA en Budapest, Hungría, que tiene un éxito muy importante, tanto en lo académico como en la promoción del próximo VII Congreso Mundial. Labor semejante se realizó en octubre en la reunión anual de la AAMFT, celebrada en Chicago. Vale señalar también en lo internacional, la colaboración con la Asociación Psiquiátrica Mexicana y la Federación Mexicana de Asociaciones de Salud Mental en el Programa del Congreso de la APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina), realizado en el Centro Médico Nacional también a fines de 1994, en el que se realizaron un Curso transcongreso y dos simposios.

En el mismo nivel internacional se participó en la Reunión anual de AFTA en junio de 1995, en Boston, Mass., en el Congreso Regional de APAL (Asoc.Psiq. América Latina) en Guatemala, Sept. 95 y finalmente en Octubre de ese 1995 se realiza en Guadalajara, Jalisco, el VII Congreso Mundial de Terapia Familiar, en forma por demás exitosa, entre 1000 y 1200 asistentes, un poco menos de la mitad de ellos extranjeros. Es preciso destacar la colaboración que hubo de IFTA, EFTA, AMTF, ILEF, Personas, Crisol, AMPAG, Asoc. Psiquiátrica Mexicana (Secc. Psiq. Familiar) y otras organizaciones afines en diversos aspectos de su organización, así como la excelente participación académica que tuvo el Instituto en este evento, que tanto en cuanto participación científica, asistencia y como encuentro humano, constituyó un logro más allá de lo esperado. Una empresa de tal trascendencia y magnitud sólo es posible mediante el trabajo colaborativo y la conjunción de esfuerzos interinstitucionales con organizaciones hermanas, tanto en el ámbito internacional como nacional, dando oportunidad que esa fantasía se hiciera realidad: el tener en nuestro país el evento más importante en nuestra disciplina. El esfuerzo y entusiasmo inagotable de muchos compañeros de IFAC, de la AMTF y de otras instituciones del medio integrados por los comités organizadores, de programa científico y el local, hizo el milagro. Dentro de este marco contribuimos a la internacionalización del Consortium of Post-Graduate Family

Therapy Training Institutes, al que se integraron además de las 25 instituciones de E.U. y Canadá que se habían reunido en AFTA, otras más de Europa, Israel y Latinoamérica.

También queremos señalar la colaboración y el apoyo permanente que ha brindado IFAC a IFTA (International Family Association) en la conducción de su Directiva (desde 1992 hasta fines de 95), la cual fue integrada en la Presidencia y Secretaría, General respectivamente por Raymundo Macías y Enriqueta Gómez y como Secretarios Auxiliares: Francisco Avilés y Margarita Saldarriaga, contribuyendo a la consolidación de IFTA en forma importante y con ello logrando un reconocimiento y gran proyección internacional para IFAC.

A nivel Internacional continúa la participación en IFTA, con R. Macías y F. Avilés en el Consejo Directivo, y miembros de IFAC participan en AFTA (Amer.Fam.Therapy Academy), con el Grupo de Estudio de Tipología en San Francisco, Cal. (junio) y en los Congresos Mundiales de Terapia Familiar, VIII y IX de IFTA, en Atenas (julio de 96) y Jerusalem (marzo de 97).

En Mayo de 1998 en el X Congreso Mundial de Terapia Familiar celebrado en Dusseldorf, Alemania, IFAC tuvo importantísima participación académica en una plenaria, dos subplenarias, un taller y un grupo de discusión. En el mismo ámbito internacional y durante ese evento continuó la participación con el Consortium of Family Therapy Training Institutes, donde al indicar que IFAC ya tiene un reconocimiento oficial de Grado por la SEP, se modificó su denominación de Non Degree Granting, a Free Standing.

En abril de 1999 participamos en el XI Congreso Mundial de Terapia Familiar celebrado en Akron, Ohio, y nos invitan para ser parte del International Board del XII Congreso Mundial a celebrarse en Oslo 2000. En junio de este mismo año continuamos nuestra colaboración con el Grupo de Estudio de Tipología de AFTA en Washington, DC.

Es así como concebimos la dinámica interactuante de IFAC en sus distintos niveles sistémicos.

Consejo Mexicano de Terapia Familiar

La creación de un Consejo en Terapia Familiar con los más altos principios éticos y el reconocimiento moral y profesional suficiente, mas allá de grupos o corrientes en el campo de nuestra especialidad, era un deseo y preocupación largamente contemplado por muchos de nosotros. Dado el surgimiento de gran variedad de "cursos" de Terapia Familiar que sin una acreditación adecuada de los profesores como terapeutas familiares y sin una estructura académica consistente, se abocan a "formar" terapeutas, la mayoría de ellos con práctica clínica muy limitada, con requisitos de ingreso y de egreso muy laxos, que generalmente pueden causar graves problemas iatrogénicos, así como generar una impresión equívoca de lo que es en realidad la Psicoterapia Familiar, se hizo impostergable la fundación de este Consejo.

Este organismo colegiado estaría dedicado exclusivamente a vigilar los estándares de formación y experiencia clínica necesarios en salvaguarda del público usuario y de nuestra propia disciplina, en la misma forma que existen consejos de especialidades en otras áreas de la salud, tanto en México como en EUA y en Europa. Quienes pretendiesen ostentarse como especialistas en nuestro campo profesional deberían cumplir con ellos y contar con la certificación de dicho consejo, tal sería su única función.

Posiblemente las exigencias de enfrentar los retos de un ejercicio profesional frente a las condiciones de un tratado internacional de libre comercio en Norteamérica, hizo necesario que los mismos Terapeutas Familiares fuesen quienes lo constituyeran. No era conveniente esperar que otros organismos, aun dentro del campo profesional, pero sin el conocimiento directo y específico de nuestra actividad, lo hicieran desde bases generales a muchas otras disciplinas y más con intereses hegemónicos de control o poder político, manifiestos o no.

Puede ser también que el reconocimiento internacional que significó para los terapeutas familiares de México el enfrentar el reto del 7° Congreso Mundial de Terapia Familiar y haberlo hecho

tan exitosamente, haya sido otro factor determinante para que se diera la creación de nuestro Consejo en el año de 1995.

Es por eso que como fruto del esfuerzo de muchos terapeutas familiares por solidificar y mantener el profesionalismo y la calidad ética de los que nos dedicamos a la Terapia Familiar se constituyó el CONSEJO MEXICANO DE TERAPIA FAMILIAR.

De acuerdo a sus estatutos el Consejo tiene como objetivos, los siguientes:

a. Determinar si el entrenamiento recibido, la ética profesional y la experiencia clínica de quienes voluntariamente soliciten su certificación ante el Consejo, son los adecuados.

b. Hacer evaluaciones para poner a prueba las capacidades y los conocimientos de los candidatos.

c. Extender certificados de especialistas en el campo de la Terapia Familiar a los solicitantes que llenen los requisitos y pasen las pruebas.

d. Servir al público y a las instituciones, tanto públicas como privadas, dando a conocer los requisitos del entrenamiento, así como las listas de terapeutas familiares y de pareja que han sido certificados por el Consejo.

e. Durante el periodo que el Consejo considere conveniente y hasta la fecha de celebración de la primera evaluación, podrá otorgar o extender certificados de especialistas a personas de reconocida competencia profesional, formación y experiencia en el campo de la Terapia Familiar sin que sea requisito para ello la aprobación de un examen.

f. Aconsejar a las instituciones y servicios psicoterapéuticos que lo soliciten acerca de las condiciones y características más deseables del entrenamiento en Terapia Familiar.

g. Ratificar a los terapeutas familiares después de un periodo determinado por el Consejo Directivo y de acuerdo a actualizaciones en los diversos campos de la Terapia Familiar.

El Consejo Directivo del Consejo Mexicano de Terapia Familiar consta de quince miembros, por estatutos una tercera parte (cinco miembros) se renovarán cada 4 años que es la duración de

su ejercicio. El Primer Consejo Directivo, que fungirá como tal hasta el año 2000, quedó constituido de la siguiente manera:

Presidente y Consejero Fundador:	Raymundo Macías Avilés.
Secretario y Consejero Fundador:	Guadalupe Casares de Castro.
Tesorero y Consejero Fundador:	Ma. Enriqueta Gómez Fonseca
Consejero Fundador:	José Antonio Emerich.
Consejero Fundador:	Anatolio Friedberg.
Consejero Fundador:	Margarita Sánchez Hernández de Roach
Consejero:	Flora Aurón.
Consejero:	Esther Althaus
Consejero:	Emma Espejel Aco.
Consejero:	Carlos Arturo Fernández Bonfil
Consejero:	Lina Herrera
Consejero:	Pilar Martínez
Consejero:	Luis Guillermo Ruiz.
Consejero:	Flavio Sifuentes
Consejero:	Camerino Vázquez.

Relatoría

En la mesa 1, titulada *La reflexión teórica de la terapia familiar en México,* se presentó un acuerdo sobre la importancia y transición de los modelos sistémicos hacia aquellas concepciones basadas en el lenguaje; se enfatizó la existencia de modelos integradores, recuperando los conceptos de ser de identidad, ubicándolos en un mundo en que se complejizan los roles y visiones del mundo; se habló de un sujeto en lo simbólico, mas no de una simbología sin sujeto. La discusión permitió recuperar el concepto de demanda terapéutica, la cual se amplifica en la terapia siempre con implicaciones éticas y políticas, el sujeto se sujeta, las visiones se amplifican, los roles se complejizan, las personas co-evolucionan, el terapeuta interactúa en el pensar, decir y hacer.

En la mesa 2, titulada *Propuestas y abordajes metodológicos en la investigación en terapia familiar*, se partió de la necesidad de conceptualizar la realidad fuera de parámetros absolutos, de esto surge un cambio en el papel del investigador, una epistemología diferente implica un lugar diferente en el proceso de investigación, se necesita una metodología más allá de los marcos convencionales. La mesa aportó ejemplos, una lectura de la dicción, bajo el análisis de la cultura, de la posisidad, no es qué le pasa al sujeto, sino en qué sistema está inserto; la ideología y los valores de consumo cobran vida en el relato familiar. Se presentaron también investigaciones sobre cuadros específicos que dejan de ser propiedad

de individuos aislados, familias bordelain, los pacientes depresivos, con trastornos de alimentación, información que se sistematizó, sin estereotipar a las personas y sin asignar casualidades lineales.

La tercera mesa se enfocó a la *formación y supervisión*. Se nos presentó como una sinfonía constantemente ubicada en una doble cibernética, quién dirige a quien. La integración marcó nuevamente la línea del evento, los modelos de evaluación en la supervisión se alejan de sistemas de calificación o estar en la mira y se integran en una diversidad de niveles de órdenes de recursión, que llevan al mismo supervisor al ejercicio de auto-observación con el otro, sin estar atrapado en el poder. Los modelos de formación insisten en la relación afectiva, aprendizaje y, sobre todo, en la posibilidad de desarrollar modelos de formación de carácter integrativo. Formación se convierte en una categoría más allá del saber, más allá del hacer, en realidad, el día de hoy, trabajamos sobre conversaciones y polifonías, como diría Rosemary, a partir de nuestras incursiones en el espejo, sobre contexto y contextura en las que el bienestar en algo se parece en dar un golpe de muerte a la arrogancia.

Jorge Pérez Alarcón

Este libro se termino de imprimir en el mes de marzo de 2000 en los talleres de Rossett y Liber, S. A. de C.V. Garrido núm. 76 col. Aragón la Villa, México 07000 D.F. Tel.: 5781-4432 Fax. 5781-4192 Se tiraron 1000 ejemplares. Se emplearon tipos Times New Roman de 9,10,11,12 14 y 18 puntos. Diseño de portada: Alex F. Blanco Meza. El cuidado de la edición estuvo a cargo de Socorro Carmen Romero Patiño y Raúl Jiménez Guillén.